

KEPERAWATAN MATERNITAS KONTEMPORER

PENULIS :

**Kuswanto, Daniel Suranta Ginting,
Kristiani Desimina Tauho, Epi Saptaningrum,
M. Nur Dewi Kartikasari, Mustikawati,
Putri Mahardika, Yunike, Ira Kusumawaty**



KEPERAWATAN MATERNITAS KONTEMPORER

**Kuswanto
Daniel Suranta Ginting
Kristiani Desimina Tauho
Epi Saptaningrum
M. Nur Dewi Kartikasari
Mustikawati
Putri Mahardika
Yunike
Ira Kusumawaty**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN MATERNITAS KONTEMPORER

Penulis :

Kuswanto
Daniel Suranta Ginting
Kristiani Desimina Tauho
Epi Saptaningrum
M. Nur Dewi Kartikasari
Mustikawati
Putri Mahardika
Yunike
Ira Kusumawaty

ISBN : 978-623-8004-02-7

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd. Ns. M.Kes
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya buku "Keperawatan Maternitas Kontemporer" ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik.

Buku ini menguraikan "Keperawatan Maternitas Kontemporer" secara komprehensif yang terdiri atas 9 bab, yaitu : 1) Pengantar Keperawatan Maternitas Kontemporer, 2) Aspek Etik dan Legal Dalam Asuhan Keperawatan Maternitas, 3) Asuhan Keperawatan Periode Antenatal Patologis, 4) Asuhan Keperawatan Periode Intranatal Fisiologis Terkini, 5) Asuhan Keperawatan Pada Komplikasi Intranatal, 6) Asuhan Keperawatan Periode Postnatal Fisiologis Terkini, 7) *Baby Boom* di Masa Pandemi Covid-19, 8) Intervensi Keperawatan Pada Ibu dan Bayi Terkonfirmasi Covid 19, 9) Vaksin Covid-19 Pada Periode Perinatal.

Penulis berharap buku ini dapat menambah khasanah keilmuan kepada seluruh pembaca dan dapat memenuhi kebutuhan materi belajar mengajar tentang Keperawatan Maternitas Kontemporer. Buku ini diharapkan dapat membantu pembaca dalam melaksanakan proses belajar mengajar sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Pada kesempatan ini, penulis membuka ruang bagi para akademisi, praktisi, dan para pembaca sekalian untuk memberikan saran, masukan maupun kritik yang sifatnya membangun demi penyempurnaan buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat untuk semua. Aamiin

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 PENGANTAR KEPERAWATAN	
MATERNITAS KONTEMPORER	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Angka Kesakitan Dan Kematian Ibu Serta Kematian Bayi Baru Lahir.....	1
1.3 Trend Isue Keperawatan maternitas.....	2
1.4 Asumsi Yang Mendasari Asuhan Keperawatan Maternitas.....	4
1.5 Paradigma Keperawatan Maternitas.....	6
1.6 Asuhan Keperawatan Maternitas Berbasis Keluarga.....	7
1.7 Pendekatan Masalah Keperawatan Maternitas.....	8
BAB 2 ASPEK ETIK DAN LEGAL DALAM ASUHAN	
KEPERAWATAN MATERNITAS	11
2.1 Pendahuluan	11
2.2 Pengertian Etika Keperawatan Maternitas	13
2.2.1 Prinsip dan kerangka kerja etika.....	15
2.2.2 Dilema etika.....	16
2.2.3 Pendekatan etis	18
2.2.4 Isu dan tantangan etika dalam ibu dan keperawatan kesehatan anak	19
2.3 Abortus	19
2.3.1 Keyakinan yang bertentangan tentang aborsi	20
2.3.2 Penyalahgunaan Zat.....	21
2.3.3 Penjelasan Dan Persetujuan.....	22
2.4 Penolakan Perawatan Medis Semua Klien Memiliki Hak Untuk Menolak Medis.....	24
2.4.1 Kerahasiaan	24
2.4.2 Pengurangan selektif.....	25
2.4.3 Perawatan intrauterin untuk kondisi janin.....	25
2.4.4 Cedera Janin.....	26
2.5 Masalah Hukum dan Etika Keperawatan Maternitas.....	27
2.5.1 Perawat Menolong Persalinan.....	27

2.5.2 Abortus	28
2.5.3 Penjelasan dan persetujuan	29
2.5.4 Penolakan Perawatan Medis	31
2.5.5 Implikasi bagi Perawat.....	31
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE	
ANTENATAL PATOLOGIS	33
3.1 Asuhan Keperawatan Hiperemesis Gravidarum	33
3.1.1 Pendahuluan	33
3.1.2 Pengkajian Keperawatan	34
3.1.3 Masalah Keperawatan	35
3.1.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan	36
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	37
3.2 Asuhan Keperawatan Pre-eklampsia	38
3.2.1 Pendahuluan	38
3.2.2 Pengkajian Keperawatan	39
3.2.3 Masalah Keperawatan	40
3.2.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan	40
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	41
3.3 Asuhan Keperawatan Mola Hidatidosa	41
3.3.1 Pendahuluan	41
3.3.2 Pengkajian Keperawatan	42
3.3.3 Masalah Keperawatan	43
3.3.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan	43
3.3.5 Evaluasi Keperawatan	44
3.4 Asuhan Keperawatan Kehamilan Ektopik.....	45
3.4.1 Pendahuluan	45
3.4.2 Pengkajian Keperawatan	45
3.4.3 Masalah Keperawatan	46
3.4.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan	47
3.4.5 Evaluasi Keperawatan	47
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE	
INTRANATAL FISILOGIS TERKINI	50
4.1 Pendahuluan	50
4.2 Adaptasi fisiologis dan psikologis ibu bersalin.....	50
4.2.1 Faktor yang mempengaruhi persalinan.....	50
4.2.2 Mekanisme Persalinan	55
4.3 Asuhan Keperawatan Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV.....	57

4.3.1 Persalinan Kala I	57
4.3.2 Persalinan Kala II.....	58
4.3.3 Kala III.....	60
4.3.4 Persalinan Kala IV.....	62
4.4 Asuhan Keperawatan Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV.....	62
4.4.1 Kala I	63
4.4.2 Kala II.....	63
4.4.3 Kala III.....	65
4.4.5 Kala IV	65
4.5 Perencanaan Keperawatan.....	65
4.5.1 Kala I	65
4.5.2 Kala II.....	66
4.5.3 Kala III.....	66
4.5.4 Kala IV.....	66
4.6 Implementasi Keperawatan.....	66
4.6.1 Kala I	66
4.6.2 Kala II.....	67
4.6.3 Kala III.....	68
4.6.4 Kala IV	68
4.7 Evaluasi Keperawatan	69
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KOMPLIKASI	
INTRANATAL	71
5.1 Pendahuluan	71
5.2 Konsep Asuhan Keperawatan	71
5.3 Ketuban Pecah Dini	73
5.4 Persalinan Prematur.....	77
5.5 Kehamilan Postmatur	78
5.6 Distosia	80
5.7 Komplikasi Hemoragi Intrapartum	82
5.8 Emboli Cairan Ketuban	84
5.9 Prolaps Tali Pusat.....	85
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN IBU NIFAS FISIOLOGIS	88
6.1 Pendahuluan	88
6.2 Konsep Post Partum	88
6.2.1 Definisi Post Partum.....	88
6.2.2 Tahapan pada Post Partum	89
6.2.3 Perubahan Fisiologis Post Partum	90

6.2.4 Perubahan Sistem Otot dan Saraf.....	96
6.2.5 Psikologis Post Partum	97
6.2.6 PospartumBlues.....	99
6.2.7 Pengkajian Status Fisiologis Maternal.....	99
6.2.7 Diagnosa Keperawatan.....	106
6.2.8 Perencanaan Keperawatan	108
BAB 7 BABY BOOM DI MASA PANDEMI COVID 19	114
7.1 Pendahuluan	114
7.2 Baby Boom	115
7.2 Penyebab Baby Boom	115
7.2.1 Unmet need keluarga berencana	115
7.2.2 Kekurangan alat pelindung diri yang dimiliki oleh fasilitas kesehatan	116
7.2.3 Penurunan kegiatan konseling oleh penyuluh keluarga berencana.....	116
7.2.4 Peningkatan jumlah pasangan usia subur di masa pandemi	116
7.2.5 Penurunan daya beli masyarakat	116
7.3 Dampak Baby Boom	117
7.3.1 Dampak pada kesehatan.....	117
7.3.2 Dampak Pada Sosial Ekonomi	118
7.4 Upaya Pemerintah.....	119
7.4.1 Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Untuk Ibu Hamil.....	119
7.4.2 Mendorong Telekonsultasi Dan Kunjungan Ke Rumah..	119
7.4.3 Penyediaan SDM Layanan Kesehatan Khusus Ibu Dan Anak	120
7.4.4 Perlindungan Dan Tes Covid-19 Bagi Tenaga Kesehatan.....	120
7.5 Peran Perawat.....	120
BAB 8 INTERVENSI KEPERAWATAN PADA IBU DAN BAYI TERKONFIRMASI COVID-19.....	123
8.1 Pendahuluan	123
8.2 Penatalaksanaan Ibu Hamil dengan Suspect Covid-19	124
8.3 Intervensi keperawatan pada ibu terkonfirmasi Covid-19..	126
8.4 Transmisi Covid-19 ke Bayi Baru Lahir.....	131
8.5 Intervensi Bayi terkonfirmasi Covid-19.....	132
8.6 Rangkuman	137

BAB 9 VAKSIN COVID-19 PADA PERIODE PERINATAL.....	143
9.1 Pendahuluan	143
9.2 Periode Perinatal	144
9.3 Covid-19.....	144
9.4 Vaksin covid-19	145
9.5 Vaksin Covid-19 pada periode perinatal.....	149
9.6 Rangkuman	156
BODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Intensitas, Frekuensi Dan Durasi Kontraksi His.....	51
Gambar 2. Berbagai tipe panggul (ginekoid, android, anthropoid, platipeloid).....	52
Gambar 3. Bagian presentasi (kepala janin dalam hubungannya dengan spinaischiadika).....	53
Gambar 4. Sumbu janin: posisi longitudinal (A), transversal (B), dan posisi oblique (C)	53
Gambar 5. Presentasi janin: kepala (A), bokong (B), dan punggung (C).....	54
Gambar 6. Berbagai presentasi posisi kepala bayi.....	54
Gambar 7. Presentasi bokong dan posisi janin	55
Gambar 8. Berbagai presentasi dan posisi janin	55
Gambar 9. Proses persalinan normal.....	59
Gambar 10. Proses pengeluaran plasenta (A), Plasenta yang dikeluarkan (B), Bagian dalam plasenta (C)	62
Gambar 11. Lokasi episiotomy.....	64
Gambar 12. Diastasis recti abdominis. A. Lokasi normal otot rectus abdomen. B. Diastasis recti. Terdapat pemisahan pada otot rectus	96
Gambar 13. Lokasi fundus <i>post partum</i>	102
Gambar 14. Sangat sedikit : noda darah berukuran 2,5–5 cm = 10 ml	106
Gambar 15. Sedikit : noda darah berukuran ≤ 10 cm = 10–25	106
Gambar 16. Sedang : noda darah < 15 cm = 25–25 ml	106
Gambar 17. Banyak : Pembalut penuh = 50–80 ml	106

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Diagnosis Keperawatan dengan risiko infeksi.....	74
Tabel 2. Intervensi Asuhan Keperawatan pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini dalam mengatasi Risiko Infeksi	74
Tabel 3. Evaluasi asuhan keperawatan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini dalam mengatasi risiko infeksi.....	76
Tabel 4. Upaya penundaan proses persalinan premature	77
Tabel 5. asuhan keperawatan pada kehamilan postmatur.....	78
Tabel 6. Asuhan keperawatan pada distosia	80
Tabel 7. Penilaian klinis dalam penentuan penyebab perdarahan postpartum.....	82
Tabel 8. Diagnosis keperawatan	83
Tabel 9. Intervensi keperawatan gambaran asuhan keperawatan dengan risiko perdarahan	83
Tabel 10. evaluasi keperawatan gambaran asuhan keperawatan dengan risiko perdarahan	84
Tabel 11. Involusi Uterus.....	91
Tabel 12. Tahap dan Karakteristik Lochia	92
Tabel 13. Perencanaan Keperawatan.....	107

BAB 1

PENGANTAR KEPERAWATAN MATERNITAS KONTEMPORER

Oleh Kuswanto

1.1 Pendahuluan

Keperawatan maternitas merupakan area yang menarik dan dinamik dalam praktek keperawatan. terkait tantangan etik adalah banyaknya masalah terkait obstetri dan tantangan dalam praktek yang aman serta perawatan berbasis bukti yang dibutuhkan para wanita dan keluarga.

Dalam kurun waktu 100 tahun, perawatan maternitas sudah mengalami banyak perubahan sebagai respon dari kemajuan teknologi, obat, perawatan dan keinginan individu dari pasangan yang memiliki anak. Perubahan signifikan yang menjadi trend saat ini adalah meningkatnya kelahiran secara Caesar dan induksi persalinan. Manajemen persalinan dan kelahiran telah beralih dari intervensi obstetri sederhana dan kelahiran secara natural menjadi intervensi obstetri yang lebih canggih dan kelahiran yang dapat dikontrol, pada generasi saat ini terdapat dorongan untuk memanfaatkan teknologi.

Seiring pengetahuan dan teknologi terus berkembang, sebuah upaya dilakukan untuk membentuk konseptual yang menaungi layanan kesehatan ibu dan janin sebagai satu unit.

1.2 Angka Kesakitan Dan Kematian Ibu Serta Kematian Bayi Baru Lahir.

Angka kematian ibu diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Kematian ibu didefinisikan oleh WHO sebagai kematian wanita selama kehamilan atau 42 hari setelah kehamilan. Kematian terkait dengan kehamilan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganan kehamilan, tidak termasuk kematian akibat kecelakaan atau cedera.

- 2) Kematian obstetrik langsung adalah kematian akibat komplikasi selama kehamilan, persalinan dan/atau nifas dari intervensi, kelalaian dalam intervensi atau tindakan yang salah.
- 3) Kematian obstetrik tidak langsung adalah kematian akibat adanya penyakit sebelumnya atau penyakit yang berkembang selama kehamilan yang tidak berakibat langsung secara *obstetric* tetapi cenderung memperburuk kehamilan.
- 4) *Late maternal death* adalah kematian yang terjadi lebih dari 42 hari setelah terminasi kehamilan tanpa memperhatikan penyebab kematian.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator kesehatan ibu. Negara – negara di dunia memberi perhatian yang cukup besar terhadap Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sehingga menempatkannya dalam *Millennium Development Goals (MDGs)*, dengan tujuan untuk meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan manusia.

1.3 Trend Isue Keperawatan maternitas

Trend dan Issue Keperawatan Maternitas Perawat maternitas yang berpendidikan memahami pola pelayanan kesehatan dan pengaruh berbagai faktor pada pemberian pelayanan kesehatan masa kini. Kesadaran terhadap sejarah, trend sosial, dan ekonomi membuat perawat dapat mengantisipasi bagaimana perubahan akan mempengaruhi praktek profesional. Tujuan dasar pelayanan maternitas adalah promosi kesejahteraan keluarga. Perawat maternitas tidak diam di tempat tetapi selalu berubah dan dinamis. Perawat maternitas harus dapat mengidentifikasi, berfikir secara kritis dan berespon secara tepat terhadap perubahan, *trend dan issue* saat ini.

Trend Issue Keperawatan Maternitas diantaranya :

❖ Perubahan Struktur Social Kontemporer.

Kondisi sosial trend perempuan masa kini semakin mendapatkan hak kesetaraan gender, Perubahan pada struktur keluarga, Bertambahnya wanita bekerja, Peran

wanita dalam pelayanan kesehatan masyarakat, dan Pola hidup dan bertambahnya biaya kesehatan masyarakat.

❖ Persalinan Kontemporer.

Persalinan kontemporer masa kini adalah asuhan yang perpusat pada keluarga. Persalinan bukanlah suatu hal yang menakutkan dan mencemaskan. Seiring dengan kemajuan teknologi, upaya humanisasi dalam persalinan dengan memberikan otonomi pada pasien, melibatkan keluarga serta mengelola energi sudah menjadi suatu keharusan. Banyak metode yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri dan menciptakan suasana yang nyaman dalam persalinan normal.

Persalinan normal dari keinginan sehat pada saat hamil menyatakan bahwa mereka merasakan menjadi ibu sejati setelah merasakan persalinan normal.

Persalinan salah satunya menggunakan metode *Seccio Caesarea* (SC) masih menjadi hal yang menakutkan namun dengan berkembangnya kecanggihan bidang ilmu kedokteran, kebidanan pandangan tersebut mulai bergeser.

Persalinan *Water Birth*. Proses melahirkan di dalam air, yang lazim dikenal dengan *Water Birth* menjadi trend bagi kaum wanita. Proses ini diyakini dapat mengurangi rasa sakit yang dialami ibu saat melahirkan.

Sebenarnya kemajuan teknologi di bidang kesehatan sekarang telah banyak membantu mengurangi rasa sakit dan tidak harus memilih operasi *caesar* sebagai solusi terakhir. Salah satunya adalah metode ILA (*Intrathecal Labor Analgesia*) atau ada yang menyebut juga metode Salsabila, Selain metode ILA, berbagai macam metode alternatif lainnya yang bisa dipilih untuk mengurangi rasa sakit selama persalinan yaitu: *Water Birth*, *home birth*, *hypno birth*, dan lain sebagainya. Metode persalinan tanpa rasa sakit tersebut dapat mengurangi rasa nyeri, bahkan menghilangkan rasa nyeri sama kali.

❖ Umur Menarche Yang Lebih Awal.

Wanita sudah di kodratkan untuk mengalami menstruasi yang menandakan wanita telah beranjak dewasa dan pertanda bahwa alat reproduksi berfungsi dengan baik. Remaja usia 10-19 tahun mengalami berbagai perubahan

dalam tubuhnya termasuk perubahan organ-organ reproduksi yang ditandai dengan menstruasi yang pertama atau yang disebut *menarche*. Hal yang terjadi masa kini cenderung masa *menarche* lebih dini, Usia *menarche* dini atau biasanya >12 tahun, menyebabkan masalah pada remaja dan ketidaksiapan karena pematangan organ reproduksi yang kemudian mengakibatkan *dismenore*. Kejadian *dismenore* dikarenakan belum mencapai kematangan biologis.

Trend dan Issue Yang Berkaitan Dengan Budaya Budaya adalah sistem kompleks yang melibatkan pengetahuan, kepercayaan, moral, hukum, nilai, kebiasaan, peran, sikap dan perilaku. Budaya diurunkan dari generasi ke generasi baik secara formal maupun informal. Perubahan struktur keluarga orangtua tunggal, keluarga campuran, keluarga tidak harmonis perlu dukungan emosi dan pengajaran dari tenaga kesehatan.

Trend dan Issue Yang Berkaitan Dengan ekonomi Perekonomian di landa krisis berkepanjangan, anggaran pendidikan dan kesehatan sedikit, biaya kehidupan terus meningkat, dan perempuan perlu bekerja.

1.4 Asumsi Yang Mendasari Asuhan Keperawatan Maternitas.

Asumsi asuhan keperawatan maternitas merupakan filosofi perawatan ibu, proses fisiologis normal yang membuat seseorang menemukan reaksi individual dalam konteks normal. Bagi ibu dan pasangan reaksi menjadi orang tua didasari oleh berbagai peristiwa dari masa kanak-kanak, remaja atau dewasa, tentunya reaksi tersebut dipengaruhi oleh lingkungan rumah kedua berasal. Selain itu tingkat kepuasan calon orang tua dan tingkat kesenangan ibu nifas dan bayi baru lahir dimodifikasi oleh hubungan interpersonal dengan orang terdekat yang paling penting bagi mereka di lingkungan layanan kesehatan.

Asumsi yang mendasari asuhan keperawatan maternitas adalah sebagai berikut:

- a) Semua individu berhak lahir sehat, oleh karena itu setiap ibu hamil dan janin berhak mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas.
- b) Sikap masyarakat terhadap seksualitas, hubungan peran, masa kehamilan dan persalinan, seiring dengan kemajuan teknologi dalam mengendalikan fertilisasi menjadikan kedudukan sebagai orang tua sebuah pilihan.
- c) Reproduksi melibatkan satu atau lebih individu lain dan merupakan proses psikofisiologis normal, dimana orang-orang yang terlibat dapat merasakan kepuasan fisik dan emosi.
- d) Pengalaman kehamilan, melahirkan anak dan gangguan kesehatan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang dapat mencegah krisis situasi.
- e) Perubahan fisiologis dan penyesuaian yang dialami ibu serta anaknya selama proses melahirkan dapat berjalan dengan baik.
- f) Setiap hasil reproduksi dan pengalaman melahirkan setiap individu akan dipengaruhi oleh warisan budayanya.

Asuhan keperawatan maternitas dipengaruhi oleh nilai, sikap dan budaya dimasyarakat, wanita lebih banyak pilihan dalam bergaya hidup dan harus membuat pilihan antara keluarga dan karier.

Asuhan keperawatan maternitas yang profesional diawali dengan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan sesuai kebutuhan ibu dengan melibatkan keluarga, memberikan tindakan keperawatan maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, selanjutnya mengevaluasi keberhasilan dari tindakan.

Keberhasilan tindakan akan memberikan pengetahuan dan pengalaman ke pada ibu dan keluarga dalam mencegah komplikasi yang tidak diharapkan, agar dapat berjalan dengan lancar penanganan, walaupun dokter yang bertanggungjawab dalam memberikan pengarahannya kepada penatalaksana medis, anggota tim kesehatan yang lain harus bekerja sama dalam mengelola pelayanan kesehatan keluarga dan masing-masing anggota harus memahami tugasnya dengan baik. Konsep kerja tim meliputi :

Rumah Sakit, penyedia layanan dan masyarakat dalam sistem perawatan terpadu untuk asuhan maternitas ibu dan bayi baru lahir.

1.5 Paradigma Keperawatan Maternitas.

Paradigma pada keperawatan maternitas meliputi : Manusia, Lingkungan, Sehat Dan Keperawatan.

1) Manusia.

Terdiri dari wanita usia subur ,wanita pada masa usia subur (WUS) berkaitan dengan system reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas,antara dua kehamilan dan bayi barulahir sampai umur 40 hari, beserta keluarganya adalah anggota keluarga yang unik dan utuh, merupakan makhluk bio-psikososial dan spiritual yang memiliki sifat berbeda secara individual dan dipengaruhi oleh usia dan tumbuh kembangnya. Salah satu tugas perkembangan wanita adalah pengalaman melahirkan anak yang dapat merupakan krisis situasi dalam keluarga tersebut apabila tidak mampu beradaptasi dengan baik.

2) Lingkungan.

Sikap, nilai dan perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh lingkungan budaya dan social di samping pengaruh fisik proses kehamilan dan persalinan serta nifas akan melibatkan anggota keluarga dan masyarakat. Proses kelahiran merupakanpermulaan suatu bentuk hubungan baru dalam keluarga yang sangat penting, sehingga pelayanan maternitas akan mendorong interaksi yang positif dari orangtua, bayi dan anggota keluarga lainnya dengan menggunakan sumber-sumber dalam keluarga.

3) Sehat.

Sehat adalah suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar, bersifat dinamis dimana perubahan-perubahan fisik dan psikososial mempengaruhi kesehatan seseorang. Setiap individu memiliki hak untuk sehat sehingga WUS dan ibu memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

4) Keperawatan Ibu.

Keperawatan ibu merupakan keperawatan pelayanan yang professional yang ditujukan kepada wanita usia subur pada masa usia subur (WUS) berkaitan dengan system reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari, beserta keluarganya yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam melakukan adaptasi fisik dan psikososial dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Keperawatan ibu memberikan asuhan keperawatan *holistic* dengan selalu menghargai klien dan keluarganya serta menyadari bahwa klien dan keluarganya berhak menentukan perawatan yang sesuai untuk dirinya.

1.6 Asuhan Keperawatan Maternitas Berbasis Keluarga.

Asuhan perawatan periode masa nifas yang dijalani ibu postpartum masih memiliki berbagai kendala salah satunya persepsi yang belum sinergis dengan anjuran kesehatan. Paradigma perawatan post partum yang baru menekankan bahwa ibu post partum adalah ibu sehat dan merupakan peristiwa yang fisiologis, sehingga prinsip keperawatannya berorientasi pada kemandirian ibu.

Peran sebagai orang tua tidak terlepas dari partisipasi atau kerja sama antara ibu dan keluarga (suami) serta anggota keluarga yang lain. Hambatan yang masih ditemukan dalam perawatan ibu postpartum adalah adanya anggapan masyarakat bahwa ibu post partum merupakan ibu yang sakit, mobilisasinya dihambat, jenis makanannya dibatasi, pemberian ASI colostrum dihambat sehingga kebutuhan ibu post partum diprioritaskan untuk istirahat penuh.

Keterlibatan keluarga besar dalam perawatan bayi sejauh ini disalah artikan, dimana perawatan bayi diserahkan pada anggota keluarga yang lain. Kondisi ini membuat ibu nifas cenderung merasa belum siap dalam melakukan perkembangan dan tugas-tugas perawatan bagi diri serta bayinya.

Oleh karena itu pentingnya adanya pembelajaran pada periode postnatal yang memiliki tujuan untuk mengadaptasikan ibu dan keluarga berpartisipasi dalam perawatan ibu nifas dan bayi baru lahir melalui pendidikan postnatal.

Salah satu jembatan untuk mengoptimalkan upaya edukasi postnatal adalah melalui keterlibatan keluarga. Ibu dengan dukungan keluarga diharapkan memiliki kemampuan yang optimal dalam beradaptasi secara maternal pada masa nifas, juga kemampuan dalam mengasuh bayi.

1.7 Pendekatan Masalah Keperawatan Maternitas.

Pendekatan masalah pelayanan sebaiknya dilakukan berdasarkan *Life Cycle Approach*, yaitu masa balita, remaja, masa reproduksi dan menopause/pascamenopause. Dari tiap kurun waktu tersebut dapat diidentifikasi kelainan-kelainan yang dapat memberi dampak buruk kepada kesehatan reproduksi, baik dalam bidang obstetri, ginekologi maupun keluarga berencana.

Adanya pengembangan wawasan dan perubahan pengertian kesehatan reproduksi secara global, ternyata segera direspons oleh pemerintah, dengan dikeluarkannya Kebijakan dan Strategi Nasional Program Kesehatan Reproduksi.

Dengan adanya pergeseran paradigma serta mengingat situasi kesehatan reproduksi saat ini, maka pemerintah mengambil empat kebijakan.

- a. Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, kesetaraan dan keadilan gender.
- b. Menggunakan pendekatan siklus kehidupan dalam menangani masalah kesehatan reproduksi.
- c. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif.
- d. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas.

Pada saat ini, telah disepakati empat komponen prioritas kesehatan reproduksi yang disebut Paket Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), yaitu:

- 1) Kesehatan Ibu dan Anak Baru lahir.

- 2) Keluarga Berencana (KB).
- 3) Kesehatan Reproduksi Remaja (KKR).
- 4) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS. Di samping itu, ada Paket Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK), yaitu PKRE ditambah dengan kesehatan reproduksi pada usia lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Atin Karjatin. 2016. **Keperawatan Maternitas**. Cetakan pertama.
Editor Badan PPSDM Kes. Jakarta Selatan.
- Dora Samaria dkk. 2022. **Keperawatan Maternitas Kontemporer**.
Yayayan kita menulis. Cetakan pertama.
wordpresskitamenulis. Medan.

BAB 2

ASPEK ETIK DAN LEGAL DALAM ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

Oleh Daniel Suranta Ginting

2.1 Pendahuluan

Keperawatan maternitas merupakan pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan kepada wanita usia subur yang berkaitan dengan masa diluar kehamilan, masa kehamilan, masa melahirkan, masa nifas sampai enam minggu, dan bayi yang dilahirkan sampai berusia 40 hari beserta keluarganya. Pelayanan berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam melakukan adaptasi fisik dan psikososial dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Keperawatan maternitas adalah area yang menarik dan dinamis dari praktik keperawatan. Dengan itu datang masalah yang berkaitan dengan tantangan etika, tingginya tingkat legalitas dalam pelayanan maternitas, dan tantangan dari mempraktikkan asuhan keperawatan yang aman dan berbasis bukti yang responsif terhadap kebutuhan perempuan dan keluarga. Etika melibatkan penentuan apa yang baik, benar dan adil. Masalah etika muncul sehari-hari dalam perawatan kesehatan dan setiap orang memiliki peran untuk bermain dalam memastikan pemberian perawatan yang etis. Pemberi pelayanan kesehatan, khususnya bidan, perinatal dan perawat neonatus, menghadapi masalah etika mungkin karena interaksi mereka dengan pasien dan klien dalam kelompok usia reproduksi. Masalah etika di seluruh usia subur adalah banyak dan kompleks. Keperawatan adalah proses yang melibatkan penilaian dan tindakan dengan tujuan memelihara, mempromosikan, dan memulihkan keseimbangan dalam sistem humam. Kebutuhan akan penilaian dan tindakan membawa pertanyaan moral tentang hak atau salah tugas. Tujuan akhir

keperawatan adalah kesejahteraan manusia lainnya. Hukum dan etika saling terkait dan mempengaruhi semua keperawatan. Perawat profesional harus memahami ruang lingkup praktik, standar perawatan, institusi atau lembaga mereka kebijakan, dan hukum negara. Semua perawat bertanggung jawab untuk mengetahui arus informasi tentang etika dan hukum yang terkait dengan praktik mereka. Standar Keperawatan Profesional Praktik dalam Perawatan Wanita dan Bayi Baru Lahir, yang dirangkum di bawah ini:

- Standar I: Pengkajian : mengumpulkan data kesehatan wanita dan bayi baru lahir dalam konteks perawatan yang berpusat pada perempuan dan berpusat pada keluarga.
- Standar II: Diagnosis : merumuskan diagnosis keperawatan dengan menganalisis data penilaian untuk mengidentifikasi dan membedakan fisiologis normal dan transisi perkembangan dari variasi patofisiologis dan gejala klinis lainnya masalah.
- Standar III: Identifikasi Masalah : menganalisis hasil yang diharapkan untuk wanita dan bayi baru lahir.
- Standar IV: Perencanaan : mengembangkan rencana perawatan yang mencakup intervensi dan alternatif untuk mencapai hasil yang diharapkan bagi perempuan dan bayi baru lahir.
- Standar V: Implementasi : mengimplementasikan intervensi yang diidentifikasi dalam rencana perawatan wanita atau bayi baru lahir.
- Standar VI: Evaluasi : mengevaluasi kemajuan wanita dan bayi baru lahir menuju pencapaian hasil yang diharapkan.
- Standar VII: Kualitas Praktik Keperawatan : secara sistematis mengevaluasi dan menerapkan langkah-langkah keperawatan yang berkualitas untuk meningkatkan kualitas hidup, keamanan, dan efektivitas praktek keperawatan.
- Standar VIII: Pendidikan kepada pasien : memperoleh dan memelihara pengetahuan dan kompetensi yang mencerminkan EBP saat ini.

- Standar IX: Evaluasi Praktik Profesional keperawatan : mengevaluasi dirinya dengan praktik keperawatannya sendiri dalam kaitannya dengan informasi perawatan berbasis bukti saat ini, standar profesional dan pedoman, patung, aturan, dan peraturan.

Sebagai upaya untuk memudahkan cara belajar, maka disusun Bab ini supaya anda akan memahami dan mampu menjelaskan materi kuliah tentang pengembangan kepribadian sebagai materi awal dari 12 materi Bab yang lain. Dalam Bab pertama ini akan diskusikan materi tentang kepribadian dan perilaku manusia serta pengembangan dan aplikasinya, sehingga peserta didik akan dapat mengerti secara pengetahuan, menginternalisasi secara sikap dan mengaplikasikan secara perilaku konsep kepribadian dan perilaku manusia. Kedua topik dan pengembangan topik-2 tersebut, sebagai dasar dalam memahami mata kuliah etika dan keperawatan profesional. Selengkapnya penjelasan materi dalam Bab pertama ini mengarah ke konsep dan pengertian kepribadian dan perilaku manusia, yang bertujuan akan dibahas secara mendetail tentang teori-teori, kepribadian dan perilaku manusia.

2.2 Pengertian Etika Keperawatan Maternitas

Etika adalah konsep filosofis, berasal dari kata Yunani '*ethos*' yang berarti adat atau karakter. Etika adalah cabang filsafat yang memeriksa apa yang seharusnya menjadi perilaku kita hubungannya dengan diri kita sendiri, manusia lain dan lingkungan. Ini termasuk studi teori, prinsip-prinsip dan nilai-nilai yang digunakan untuk mengeksplorasi keyakinan dan perilaku. Etika mengklaim sebagai disiplin refleksi dan analisis sistematis dirancang untuk memungkinkan orang menyelesaikan pertanyaan tentang apa yang harus dilakukan dalam beberapa hal konsisten dan koheren. Kode etik profesional sebagian besar dirancang untuk melindungi klien dan untuk memastikan bahwa inheren dalam ketidaksetaraan dalam hubungan pengasuh klien tidak disalahgunakan. Lingren mendefinisikan etika sebagai aturan atau prinsip-prinsip yang

mengatur perilaku yang benar, dan nilai-nilai pribadi dan sosial. Setiap praktisi saat memasuki profesi juga diberikan dengan tanggung jawab untuk mematuhi standar praktik dan perilaku etis yang ditetapkan oleh itu profesi Prinsip-prinsip etika adalah seperangkat aturan yang dapat diterapkan pada semua situasi. Mereka menyediakan kerangka kerja untuk membantu perawat dan orang lain mengevaluasi masalah etika. Masalah etika dan sosial mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janin semakin kompleks. Beberapa dari kompleksitas muncul dari kemajuan teknologi dalam teknologi reproduksi, perawatan bersalin, dan perawatan neonatus. Perawat itu otonom profesional yang dituntut untuk memberikan secara etis perawatan yang kompeten. Beberapa prinsip etika yang terkait dengan perawatan pasien termasuk:

- Otonomi: Hak untuk menentukan nasib sendiri
- Menghormati orang lain: Prinsip bahwa semua orang sama-sama dihargai
- Beneficence: Kewajiban untuk berbuat baik
- Nonmaleficence: Kewajiban untuk tidak menyakiti
- Keadilan: Prinsip perlakuan yang sama terhadap
- orang lain atau agar orang lain diperlakukan dengan adil
- Fidelity: Kesetiaan atau kewajiban untuk menjaga janji
- Veracity: Kewajiban untuk mengatakan yang sebenarnya
- Utilitas: Kebaikan terbesar bagi individu atau tindakan yang dihargai.

Prinsip-prinsip etika yang memandu tindakan etis meliputi: empat prinsip moral utama: menghormati kebaikan, *non-maleficence*, keadilan, dan otonomi yang menjunjung tinggi hak-hak individu dan keluarga. Cara utama bagi perawat untuk menghormati otonomi adalah melalui dukungan melahirkan anak wanita, termasuk wanita remaja. Kebaikan adalah kewajiban untuk berbuat baik, karena dibandingkan dengan nonmaleficence, yang merupakan kewajiban untuk tidak menyakiti. Kedua prinsip ini harus dipertimbangkan dalam kaitannya dengan perawatan kesehatan teknologi yang memiliki kemampuan untuk menopang kehidupan tanpa

prediksi jangka panjang yang akurat hasil. Keadilan adalah prinsip memperlakukan setiap orang secara adil melalui pemberian perbandingan dan perlakuan yang adil. Prinsip lain yang penting dalam interaksi dengan perempuan dan anak-anak dan mereka keluarga serta profesional kesehatan mencakup kesetiaan, kebenaran, kerahasiaan, dan privasi. Kesetiaan adalah kewajiban untuk menjaga komitmen. Kejujuran adalah kewajiban untuk menunjukkan integritas dan mengatakan kebenaran, mengungkapkan untuk wanita dan keluarga mereka informasi yang akurat mengenai risiko relatif dan manfaat kesehatan pengelolaan.

2.2.1 Prinsip dan kerangka kerja etika

Prinsip-prinsip etika adalah seperangkat aturan yang dapat diterapkan pada semua situasi. Mereka menyediakan kerangka kerja untuk membantu perawat dan orang lain mengevaluasi masalah etika. Masalah etika dan sosial mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janin semakin kompleks. Beberapa dari kompleksitas muncul dari kemajuan teknologi dalam teknologi reproduksi, perawatan bersalin, dan perawatan neonatus. Perawat itu otonom profesional yang dituntut untuk memberikan secara etis perawatan yang kompeten. Beberapa prinsip etika yang terkait dengan perawatan pasien termasuk:

- Otonomi: Hak untuk menentukan nasib sendiri
- Menghormati orang lain: Prinsip bahwa semua orang sama-sama dihargai
- Beneficence: Kewajiban untuk berbuat baik
- Nonmaleficence: Kewajiban untuk tidak menyakiti
- Keadilan: Prinsip perlakuan yang sama terhadap orang lain atau agar orang lain diperlakukan dengan adil
- Fidelity: Kesetiaan atau kewajiban untuk menjaga janji
- Veracity: Kewajiban untuk mengatakan yang sebenarnya
- Utilitas: Kebaikan terbesar bagi individu atau tindakan yang dihargai. Prinsip-prinsip etika yang memandu tindakan etis meliputi: empat prinsip moral utama: menghormati kebaikan, non-maleficence, keadilan, dan otonomi yang menjunjung tinggi hak-hak individu dan

keluarga. Cara utama bagi perawat untuk menghormati otonomi adalah melalui dukungan melahirkan anak wanita, termasuk wanita remaja. Kebaikan adalah kewajiban untuk berbuat baik, karena dibandingkan dengan nonmaleficence, yang merupakan kewajiban untuk tidak menyakiti. Kedua prinsip ini harus dipertimbangkan dalam kaitannya dengan perawatan kesehatan teknologi yang memiliki kemampuan untuk menopang kehidupan tanpa prediksi jangka panjang yang akurat hasil. Keadilan adalah prinsip memperlakukan setiap orang secara adil melalui pemberian perbandingan dan perlakuan yang adil. Prinsip lain yang penting dalam interaksi dengan perempuan dan anak-anak dan mereka keluarga serta profesional kesehatan mencakup kesetiaan, kebenaran, kerahasiaan, dan privasi. Kesetiaan adalah kewajiban untuk menjaga komitmen.[4] Kejujuran adalah kewajiban untuk menunjukkan integritas dan mengatakan kebenaran, mengungkapkan untuk wanita dan keluarga mereka informasi yang akurat mengenai risiko relatif dan manfaat kesehatan manajemen.

2.2.2 Dilema etika

Dilema etika adalah pilihan yang memiliki berpotensi melanggar prinsip-prinsip etika. Dalam keperawatan, seringkali didasarkan pada komitmen perawat untuk pembelaan. Tindakan yang diambil sebagai tanggapan atas etika kita tanggung jawab untuk campur tangan atas nama mereka yang ada di perawatan adalah advokasi pasien. Advokasi juga melibatkan pertanggungjawaban atas tanggapan perawat terhadap kebutuhan pasien. Aspek unik dari bersalin keperawatan adalah bahwa perawat menganjurkan untuk dua individu, wanita dan janin peran advokasi perawat maternitas lebih jelas ditugaskan untuk wanita hamil daripada untuk janin, padahal kebutuhan ibu dan janin saling bergantung. Contoh klinis etika perinatal dilema

- Perawatan yang diperintahkan pengadilan
- Penarikan bantuan hidup
- Pengambilan organ atau jaringan janin

- Fertilisasi in vitro dan keputusan untuk pembuangan sisa sel telur yang telah dibuahi
- Alokasi sumber daya dalam perawatan kehamilan selama periode sebelumnya
- Operasi janin
- Pengobatan kelainan genetik atau janin kelainan yang ditemukan pada skrining prenatal
- Akses yang sama ke perawatan prenatal
- Hak ibu versus hak janin
- Perawatan medis yang luar biasa untuk komplikasi kehamilan
- Menggunakan organ dari bayi anensefalik
- Rekayasa genetika
- Kloning
- Ibu pengganti
- Tes obat dalam kehamilan
- Kesucian hidup versus kualitas hidup untuk bayi yang sangat prematur atau cacat berat
- Penyalahgunaan zat dalam kehamilan
- Kelangsungan hidup batas: untuk menyadarkan atau tidak
- Pengurangan janin
- Pemilihan gender prakonsepsi

Dilema etika mengacu pada ketika ada kesulitan dalam memutuskan tindakan mana yang lebih diutamakan daripada lainnya. Sebuah dilema telah digambarkan sebagai situasi yang membutuhkan pilihan antara apa yang tampak sama-sama diinginkan dan atau tidak diinginkan alternatif. Hal ini juga dapat digambarkan sebagai situasi di mana hak-hak pasien dan konflik kewajiban profesional. Etis Dilema terjadi dalam kesehatan ibu dan anak keperawatan, seperti yang mereka lakukan di bidang keperawatan lainnya. Situasi seperti itu biasa terjadi pada perinatal dan perawatan neonatus karena kesejahteraan ibu dan neonatusnya harus dipertimbangkan. Cepat kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan adalah menyajikan pertanyaan-pertanyaan sulit. Perawatan apa itu?, demi kepentingan terbaik klien?, Siapa yang memutuskan?, Apa peran perawat sebagai advokat klien?, Apa tanggung jawab

hukum rumah sakit? Etis berkomitmen mengenai keputusan tersebut.

2.2.3 Pendekatan etis

Situasi klinis muncul di mana prinsip-prinsip etika konflik satu sama lain. Misalnya pasien hak untuk menentukan nasib sendiri, otonomi, termasuk hak untuk menolak pengobatan yang mungkin bermanfaat bagi hasil kehamilan untuk janin. Pertimbangan pendekatan etis dapat membantu perawat saat mereka menghadapi dilema etika. Ada berbagai pendekatan etis. Dua pendekatan kunci adalah: Pendekatan Hak: Fokusnya adalah pada hak individu untuk memilih, dan hak tersebut meliputi hak atas privasi, untuk mengetahui kebenaran dan untuk menjadi bebas dari cedera atau bahaya. Pendekatan Utilitarian: Pendekatan ini berpendapat bahwa tindakan etis adalah tindakan yang memberikan keseimbangan terbesar kebaikan atas kejahatan dan menyediakan untuk kebaikan terbesar untuk mati rasa terbesar.

Kepribadian dan perilaku manusia berisikan tentang penjelasan konsep-konsep kepribadian manusia dan perilaku manusia yang mengacu kepada teori-teori kepribadian dan teori perilaku manusia. Penjelasan ini dimaksudkan untuk menginternalisasi materi ke pribadi masing-masing individu yang belajar dan diharapkan dapat mempengaruhi perilaku manusia orang lain/pasien yang menjadi klien perawat. Secara umum setelah mempelajari materi ini mahasiswa akan mampu menjelaskan tentang konsep kepribadian dan perilaku manusia dan secara khusus setelah mempelajari Bab ini mahasiswa akan mampu:

1. Menjelaskan tentang konsep kepribadian manusia, teori tentang kepribadian manusia, ciri kepribadian manusia.
2. Menjelaskan tentang konsep perilaku manusia meliputi pengertian, bentuk perilaku dan faktor yang mempengaruhi perilaku manusia.
3. Menjelaskan tentang konsep, Teori-teori Perkembangan Kepribadian, Faktor-faktor penentu Perkembangan Kepribadian.

4. Menjelaskan tentang Kesadaran Diri dan Afek Emosi Manusia yang meliputi : Pengertian Kesadaran Diri dan afek emosi, Cara Meningkatkan Kesadaran Diri, Faktor Penting afek Emosi dan Proses Emosi.

2.2.4 Isu dan tantangan etika dalam ibu dan keperawatan kesehatan anak

Masalah kesehatan ibu dan anak sering melibatkan konflik di mana seorang wanita berperilaku dengan cara yang dapat membahayakan janinnya atau tidak disetujui oleh sebagian atau sebagian besar anggota masyarakat. Konflik antara ibu dan janin terjadi ketika kebutuhan, perilaku, atau keinginan ibu dapat melukai janin. Contoh yang paling jelas melibatkan aborsi, reproduksi berbantuan (buatan) inseminasi, fertilisasi invitro dan embrio transfer, dan pengganti orang tua), selektif pengurangan kehamilan multifetal, intrauterin, pengobatan kondisi janin, penyalahgunaan zat, dan penolakan untuk mengikuti saran pengasuh. Petugas kesehatan dan masyarakat dapat merespons wanita seperti itu dengan kemarahan daripada dukungan. Namun, hak ibu dan janin harus diperiksa. Beberapa area khusus pentingnya perawatan kesehatan wanita dan anak-anak.

2.3 Abortus

Aborsi merupakan peristiwa yang bergejolak, legal, sosial, dan politis. Aborsi adalah salah satu prosedur yang paling umum dilakukan di Amerika Serikat. Ini telah menjadi perdebatan politik yang hangat masalah yang memisahkan orang menjadi dua kubu: prochoice dan pro-kehidupan. Kelompok pro-pilihan mendukung hak setiap wanita untuk membuat keputusan tentang fungsi reproduksinya berdasarkan pada keyakinan moral dan etikanya sendiri. Kelompok pro kehidupan sangat yakin bahwa aborsi adalah pembunuhan dan merampas hak dasar janin untuk hidup. Kedua belah pihak akan terus memperdebatkan hal ini masalah emosional selama bertahun-tahun yang akan datang. Medis dan modalitas bedah tersedia untuk mengakhiri kehamilan, tergantung pada

seberapa jauh kehamilan telah berkembang. Intervensi bedah dapat dilakukan hingga usia kehamilan 14 minggu; medis Intervensi dapat dilakukan hingga 9 minggu kehamilan. Semua wanita yang menjalani aborsi membutuhkan dukungan emosional, lingkungan yang stabil di mana untuk pulih, dan perawatan yang tidak menghakimi sepanjang. Aborsi adalah masalah yang kompleks, dan kontroversi tidak hanya di arena publik: banyak perawat berjuang dengan konflik antara keyakinan pribadi mereka dan profesional mereka tugas. Perawat diajarkan untuk menjadi klien yang suportif advokat dan untuk berinteraksi dengan orang yang tidak menghakimi sikap dalam segala keadaan. Namun, perawat memiliki pandangan pribadi dan politik mereka sendiri, yang mungkin sangat berbeda dari klien mereka. Perawat perlu mengklarifikasi nilai-nilai pribadi mereka dan keyakinan tentang masalah ini dan harus mampu memberikan perawatan yang tidak bias sebelum memikul tanggung jawab untuk klien yang mungkin dalam posisi untuk mempertimbangkan abortus. Keputusan mereka untuk merawat atau menolak perawatan untuk klien seperti itu mempengaruhi kesatuan staf, mempengaruhi keputusan kepegawaian, dan menantang etika konsep tugas. Kode Etik untuk Perawat menjunjung tinggi hak perawat untuk menolak perawatan untuk klien yang menjalani aborsi jika perawat secara etis menentang prosedur tersebut. Perawat membutuhkan untuk membuat nilai dan keyakinan mereka diketahui oleh mereka manajer sebelum situasi terjadi sehingga pengaturan kepegawaian alternatif dapat dibuat. Komunikasi terbuka dan penerimaan keyakinan pribadi orang lain dapat mempromosikan lingkungan kerja yang nyaman. Perawat perlu memahami hukum aborsi dan yang bertentangan keyakinan yang memecah belah masyarakat dalam masalah ini.

2.3.1 Keyakinan yang bertentangan tentang aborsi

Beberapa orang percaya bahwa aborsi seharusnya ilegal di setiap saat karena merampas kehidupan janin. Di Sebaliknya, yang lain percaya bahwa perempuan memiliki hak untuk mengontrol fungsi reproduksi mereka dan itu diskusi politik tentang hak-hak reproduksi adalah sebuah invasi terhadap

keputusan paling pribadi seorang wanita. Inti dari aksi politik untuk menjaga agar aborsi tetap legal adalah keyakinan bahwa perempuan memiliki hak untuk membuat keputusan tentang fungsi reproduksi mereka pada dasar keyakinan etis dan moral mereka sendiri dan bahwa pemerintah tidak memiliki tempat dalam hal ini keputusan. Banyak wanita yang mendukung pandangan ini menyatakan bahwa mereka tidak akan memilih aborsi untuk diri. Tetap saja, mereka mendukung hak masing-masing wanita untuk membuat keputusan dan pandangannya sendiri tindakan pemerintah sebagai campur tangan dalam bagian pribadi dari kehidupan perempuan. Banyak orang yang mendukung legalitas aborsi lebih memilih untuk menelepon diri mereka sendiri pro-pilihan daripada pro-aborsi karena mereka percaya pilihan itu lebih akurat mengekspresikan filosofis dan politisnya posisi. Implikasi bagi perawat

Perawat memiliki beberapa tanggung jawab yang tidak dapat diabaikan dalam konflik tentang aborsi.

- Mereka harus diberitahu tentang kompleksitas masalah aborsi dari aspek hukum dan sudut pandang etis dan mengetahui peraturan dan hukum di negara mereka.
- Mereka harus menyadari bahwa bagi banyak orang, aborsi adalah dilema etika yang mengakibatkan kebingungan, ambivalensi, dan tekanan pribadi.
- Mereka juga harus menyadari bahwa bagi banyak orang yang lain, masalahnya bukan dilema tetapi pelanggaran mendasar terhadap pribadi atau agama pandangan yang memberi arti bagi kehidupan mereka.
- Akhirnya, perawat harus mengakui keyakinan yang tulus dan emosi yang kuat dari mereka di semua sisi masalah.

2.3.2 Penyalahgunaan Zat

Penyalahgunaan zat untuk setiap orang adalah masalah, tapi ketika itu melibatkan wanita hamil, zat penyalahgunaan dapat menyebabkan cedera janin dan dengan demikian memiliki hukum dan implikasi etis. Dalam beberapa kasus, pengadilan telah mengeluarkan hukuman penjara untuk hamil wanita yang membahayakan janinnya. Banyak undang-undang negara bagian memerlukan bukti pelaporan kehamilan paparan

obat, yang dapat menyebabkan biaya kelalaian dan membahayakan anak terhadap wanita hamil. Pendekatan hukuman ini untuk cedera janin menimbulkan pertanyaan etis dan hukum tentang tingkat kontrol pemerintah yang sesuai untuk kepentingan keselamatan anak.

2.3.3 Penjelasan Dan Persetujuan

Informed Consent Memiliki Empat Komponen Utama:

pengungkapan, pemahaman, kompetensi, dan kesukarelaan. Itu terjadi sebelum inisiasi prosedur atau perawatan khusus dan menangani persyaratan hukum dan etika untuk menginformasikan kepada klien tentang prosedur Dokter atau perawat praktik lanjutan bertanggung jawab untuk menginformasikan klien tentang prosedur dan mendapatkan persetujuan dengan memberikan detail deskripsi prosedur atau pengobatan, potensi risiko dan manfaat, dan alternatif metode yang tersedia. Jika klien adalah anak-anak, biasanya informasi ini diberikan kepada orang tua atau wali yang sah. Tanggung jawab perawat terkait dengan informed consent meliputi:

- Memastikan bahwa formulir persetujuan adalah dilengkapi dengan tanda tangan dari klien (atau orang tua atau wali hukum jika klien adalah anak-anak)
- Menjadi saksi tanda tangan proses
- Menentukan apakah klien atau orang tua atau wali yang sah memahami apa adanya menandatangani dengan mengajukan pertanyaan terkait Meskipun hukum bervariasi dari satu negara bagian ke negara bagian, kunci tertentu elemen terkait dengan persetujuan.

Perawat harus terbiasa dengan keadaan spesifik mereka hukum serta kebijakan dan prosedur dari agen perawatan kesehatan. Memperlakukan klien tanpa mendapatkan persetujuan yang tepat dapat mengakibatkan biaya: penyerangan, dan penyedia layanan kesehatan dan/atau fasilitas dapat dimintai pertanggungjawaban atas segala kerugian. Umumnya, hanya orang di atas usia mayoritas (18 tahun) usia secara hukum dapat memberikan persetujuan untuk kesehatan perawatan. Karena anak-anak masih di bawah

umur, ketika perawatan adalah diberikan kepada mereka, prosesnya melibatkan perolehan izin tertulis dari orang tua atau wali yang sah. Dalam kasus yang memerlukan tanda tangan untuk persetujuan, biasanya orang tua memberikan persetujuan untuk mengasuh anak berusia kurang dari 18 tahun, kecuali dalam hal-hal tertentu situasi. Sebagian besar perawatan diberikan dalam perawatan kesehatan pengaturan dicakup oleh persetujuan awal untuk pengobatan ditandatangani ketika individu menjadi klien di kantor atau klinik itu atau dengan persetujuan untuk pengobatan yang ditandatangani saat masuk ke rumah sakit atau fasilitas rawat inap lainnya. Prosedur tertentu, namun, memerlukan proses informasi yang spesifik persetujuan: operasi besar dan kecil; invasif prosedur seperti amniosentesis, janin internal, pemantauan, pungsi lumbal (LP), atau sumsum tulang aspirasi; perawatan yang menempatkan klien pada posisi yang lebih tinggi risiko, seperti kemoterapi atau terapi radiasi; prosedur atau perawatan yang melibatkan penelitian. Menerapkan pengekangan pada anak-anak sekarang membutuhkan izin. Jika klien tidak dapat memberikan persetujuan atau, dalam kasus anak, orang tua tidak ada, kemudian orang yang paling dekat dengan klien atau penanggung jawab anak (kerabat, pengasuh, atau guru) dapat memberikan persetujuan untuk perawatan darurat jika dia memiliki formulir yang ditandatangani dari orang tua atau badan hukum wali yang mengizinkannya melakukannya. Selama situasi darurat, persetujuan lisan, melalui telepon, dapat diperoleh. Dua saksi juga harus mendengarkan secara bersamaan dan harus menandatangani formulir persetujuan, yang menunjukkan bahwa persetujuan itu diterima melalui telepon. Penyedia layanan kesehatan dapat memberikan perawatan darurat kepada seorang anak tanpa persetujuan jika mereka telah melakukan upaya yang wajar untuk menghubungi orang tua atau wali sah anak tersebut.

2.4 Penolakan Perawatan Medis Semua Klien Memiliki Hak Untuk Menolak Medis

Otonomi orang tua (hak untuk memutuskan atau terhadap perawatan medis) secara konstitusional hak yang dilindungi. Idealnya, perawatan medis tanpa persetujuan yang diinformasikan harus digunakan hanya ketika nyawa klien dalam bahaya. Penolakan pengobatan dapat terjadi ketika pengobatan bertentangan dengan keyakinan agama atau budaya. Dalam kasus ini, itu adalah penting untuk mendidik klien dan keluarga tentang pentingnya perawatan yang direkomendasikan tanpa memaksa atau memaksa klien untuk setuju. Terkadang kesamaan dapat tercapai antara keyakinan agama atau budaya keluarga dan rekomendasi tim perawatan kesehatan. Komunikasi dan pendidikan adalah kunci dalam hal ini situasi. Jika memberikan perawatan medis dapat menghemat kehidupan anak, penyedia layanan kesehatan dan peradilan sistem berusaha untuk mengadvokasi anak. Negara memiliki minat utama pada kesehatan dan kesejahteraan anak dan dapat memesan medis itu pengobatan dilanjutkan tanpa pemberitahuan yang ditandatangani persetujuan. Ini disebut sebagai *parens patriae* (negara memiliki hak dan kewajiban untuk melindungi anak-anak). Orang tua dapat menolak pengobatan jika mereka merasa bahwa kualitas hidup anak mereka akan secara signifikan terganggu oleh perawatan medis yang ditawarkan. Jika orang tua menolak pengobatan tetapi tim perawatan kesehatan merasa perawatannya masuk akal dan dijamin, kasus tersebut harus dirujuk ke komite etik institusi. Jika masalah tetap ada tidak terselesaikan, maka sistem peradilan menjadi terlibat.

2.4.1 Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi perawatan kesehatan adalah sekarang diamanatkan oleh hukum. Maksud utama dari hukum adalah untuk melindungi cakupan asuransi kesehatan untuk pekerja dan keluarganya ketika mereka berganti atau kehilangan pekerjaan. Aspek lain dari hukum mensyaratkan Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan untuk

menetapkan standar nasional untuk elektronik transmisi informasi kesehatan. Rencana juga membahas keamanan dan privasi kesehatan informasi. Dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, informasi hanya dibagikan dengan klien, legal pasangan, orang tua, wali sah, atau perorangan sebagai ditetapkan secara tertulis oleh klien atau anak orang tua. Undang-undang ini mempromosikan keamanan dan privasi perawatan kesehatan dan informasi kesehatan untuk semua klien. Informasi klien harus selalu dirahasiakan dalam konteks hukum negara, sebagai serta kebijakan lembaga. Pengecualian untuk kerahasiaan ada. Harus ada keseimbangan antara kerahasiaan dan pengungkapan yang diperlukan. Jika informasi perawatan kesehatan harus diungkapkan oleh hukum, klien harus diberitahu bahwa ini akan terjadi.

2.4.2 Pengurangan selektif

Induksi ovulasi dan fertilisasi invitro kadang-kadang menyebabkan kehamilan multifetal. Jika jumlah melebihi kemampuan wanita untuk membawa mereka ke titik di mana mereka bisa bertahan hidup di luar rahim, dokter dapat merekomendasikan secara selektif mengakhiri satu atau lebih janin. Dalam ini situasi, dilema etika jauh lebih sama seperti mereka untuk aborsi. Lebih jauh memperumit masalah ini adalah bahwa ini panjang ditunggu, anak-anak yang diinginkan.

2.4.3 Perawatan intrauterin untuk kondisi janin

Kemajuan dalam diagnosis intrauterin janin malformasi telah menyebabkan yang baru, meskipun masih eksperimental, perkembangan janin intrauterin operasi yang bertujuan untuk meningkatkan hasil janin. Perawatan baru ini mengangkat etika dan hukum pertanyaan tentang hak ibu vs janin. Siapa memiliki hak untuk memberikan persetujuan? Bisakah pengadilan? mengesampingkan keinginan ibu jika dia mengatakan 'tidak'? Dilema etika serupa muncul selama persalinan jika ibu menolak operasi caesar meskipun itu jelas (dalam penilaian perawatan kesehatan penyedia) demi kepentingan terbaik janinnya.

2.4.4 Cedera Janin

Jika tindakan seorang ibu menyebabkan cedera pada janinnya, pertanyaan apakah dia harus ditahan atau—dituntut memiliki implikasi hukum dan etika. Di beberapa kasus pengadilan telah mengeluarkan hukuman penjara kepada wanita yang telah menyebabkan atau yang mungkin menyebabkan cedera pada janin. Tanggapan ini menghukum wanita dan menempatkannya dalam situasi di mana dia tidak dapat lebih membahayakan janin. Dalam kasus lain, wanita dipaksa menjalani operasi caesar kelahiran di luar kehendak mereka ketika dokter memiliki bersaksi bahwa prosedur seperti itu diperlukan untuk mencegah cedera pada janin. Negara memiliki undang-undang atau peraturan dalam melindungi anak-anak, dan Pengadilan berhak memutuskan bahwa seorang anak memiliki hak untuk memulai hidup dengan pikiran dan tubuh yang sehat. Banyak undang-undang negara bagian memerlukan bukti paparan obat prenatal dilaporkan. Wanita telah didakwa dengan kelalaian, pembunuhan tidak disengaja, penyerahan narkoba kepada anak di bawah umur, dan membahayakan anak. Namun, memaksa seorang wanita untuk berperilaku tertentu cara karena dia hamil melanggar prinsip otonomi, penentuan nasib sendiri orang dewasa yang kompeten, integritas tubuh, dan kepribadian kebebasan. Karena takut dituntut, ini praktik dapat menghambat, bukan memajukan, perawatan kesehatan selama kehamilan. Pendekatan hukuman terhadap cedera janin juga menimbulkan pertanyaan seberapa besar kontrol pemerintah. Sebaiknya memiliki lebih dari seorang wanita hamil. Hukum bisa jadi disahkan untuk mengamankan manusia ibu tes *immunodeficiency virus* (HIV), tes janin, operasi intrauterin, atau bahkan makanan wanita itu makan selama kehamilan. Keputusan bagaimana banyak kontrol harus diizinkan untuk kepentingan keamanan janin sulit.

2.5 Masalah Hukum dan Etika Keperawatan Maternitas

Hukum dan etika saling terkait dan mempengaruhi semua keperawatan. Perawat profesional harus memahami ruang lingkup praktik mereka, standar perawatan, kebijakan institusi atau lembaga, dan negara hukum. Semua perawat bertanggung jawab untuk mengetahui informasi terkini mengenai etika dan hukum yang terkait dengan praktik mereka. Beberapa area sangat penting untuk perawatan kesehatan wanita dan keluarganya. Ini termasuk aborsi, penyalahgunaan zat, terapi janin, informed con dikirim, dan kerahasiaan.

2.5.1 Perawat Menolong Persalinan

Pendidikan keperawatan yang memberikan kompetensi pelayanan kespro utamanya adalah pada keperawatan maternitas. Keperawatan maternitas merupakan salah satu bentuk pelayanan profesional keperawatan yang ditujukan kepada wanita pada masa usia subur (WUS) berkaitan dengan sistem reproduksi, kehamilan, melahirkan, nifas, antara dua kehamilan dan bayi baru lahir sampai umur 40 hari, beserta keluarganya, berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar dalam beradaptasi secara fisik dan psikososial untuk mencapai kesejahteraan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. (*World Health Organization* (WHO), 2010) Untuk melaksanakan tanggung jawab tersebut maka program pendidikan spesialis keperawatan maternitas merupakan program studi yang ditujukan untuk menghasilkan spesialis keperawatan maternitas yang professional memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat yang diharapkan dapat berperan aktif dalam mengatasi permasalahan kesehatan perempuan di Indonesia. (Government in South of Australia, 2010) Tugas dan kewenangan bidan telah diatur dalam Undang-undang No.4 tahun 2019 tentang Kebidanan (selanjutnya disebut UU Kebidanan) sehingga jelas memberikan arahan dalam kegiatan praktik kebidanan. Berbeda dengan keperawatan maternitas yang secara riil belum termuat dalam Undang-undang No.38 tahun 2014 tentang Keperawatan (selanjutnya disebut UU Keperawatan). UU Keperawatan merupakan upaya perlindungan hukum yang dibentuk dengan adanya profesi keperawatan. Terkait tugas dan

kewenangan perawat maternitas belum diatur dalam UU Keperawatan, dalam menjalankan praktiknya perawat maternitas beracuan pada kompetensi klinik perawat maternitas yang termuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Khusus. Dengan penjelasan tersebut, perawat dapat melaksanakan standar pelayanan keperawatan yang apabila terjadi kesalahan dapat dimintai pertanggung jawabannya. Karena itulah, adanya hak dan kewajiban perawat memiliki hubungan dengan masyarakat dan dilindungi oleh hukum, dan perawat wajib untuk mentaati hubungan tersebut. Sebenarnya dalam kewajiban perawat maternitas tidak disebutkan bahwa perawat maternitas boleh melakukan pertolongan persalinan. Namun pada kenyataannya perawat maternitas memiliki kompetensi dalam melakukan pertolongan persalinan. Kompetensi pertolongan persalinan diberikan kepada perawat klinik maternitas II apabila tidak ada tenaga kesehatan yang berwenang dalam melakukan pertolongan persalinan.

2.5.2 Abortus

Aborsi adalah masalah hukum, sosial, dan politik yang bergejolak. Empat puluh sembilan persen kehamilan pada wanita Amerika tidak diinginkan, dan 40% dari mereka diakhiri dengan aborsi. Aborsi adalah salah satu prosedur yang paling umum dilakukan di Amerika Serikat. Ini telah menjadi memperdebatkan isu politik yang memisahkan manusia menjadi dua kubu: pro-pilihan dan pro-kehidupan. Kelompok pro-pilihan mendukung hak setiap wanita untuk membuat keputusan tentang fungsi reproduksinya berdasarkan moral dan keyakinan etis. Kelompok pro-kehidupan sangat merasakan bahwa aborsi adalah pembunuhan dan merampas hak dasar janin untuk kehidupan. Kedua belah pihak akan terus memperdebatkan hal ini dengan sangat emosional masalah untuk tahun-tahun mendatang. Modalitas medis dan bedah tersedia untuk mengakhiri kehamilan, tergantung pada seberapa jauh kehamilan telah dikembangkan. Intervensi bedah dapat dilakukan hingga usia kehamilan 14 minggu; intervensi medis dapat dilakukan hingga usia kehamilan 9 minggu. Semua wanita

yang menjalani aborsi membutuhkan emosional dukungan, lingkungan yang stabil untuk pulih, dan perawatan tidak menghakimi di seluruh. Aborsi adalah masalah yang kompleks, dan kontroversinya adalah tidak hanya di arena publik: banyak perawat berjuang dengan konflik antara keyakinan pribadi mereka dan tugas profesional. Perawat diajarkan untuk mendukung advokat klien dan untuk berinteraksi dengan orang yang tidak menghakimi sikap dalam segala keadaan. Namun, perawat memiliki pandangan pribadi dan politik mereka sendiri, yang mungkin sangat berbeda dengan klien mereka. Perawat perlu mengklarifikasi nilai dan keyakinan pribadi mereka tentang masalah ini dan harus dapat memberikan perawatan yang tidak bias sebelum berasumsi tanggung jawab untuk klien yang mungkin berada dalam posisi untuk pertimbangkan aborsi. Keputusan mereka untuk merawat atau menolak perawatan untuk klien seperti itu memengaruhi kesatuan staf, memengaruhi kepegawaian keputusan, dan menantang konsep etika tugas. Kode Etik Perawat ANA menjunjung tinggi hak perawat untuk menolak merawat klien yang menjalani aborsi jika perawat secara etis menentang prosedur. Perawat perlu membuat nilai dan keyakinan mereka diketahui manajer mereka sebelum situasi terjadi sehingga pengaturan staf alternatif dapat dibuat. Komunikasi terbuka dan penerimaan keyakinan pribadi dari orang lain dapat mempromosikan lingkungan kerja yang nyaman.

2.5.3 Penjelasan dan persetujuan

Informed consent memiliki empat komponen utama: pengungkapan, pemahaman, kompetensi, dan kesukarelaan (Cressey, 2008). Itu terjadi sebelum inisiasi prosedur atau perawatan khusus dan memenuhi persyaratan hukum dan etika untuk menginformasikan klien tentang prosedur tersebut. Itu dokter atau perawat praktik lanjutan bertanggung jawab untuk menginformasikan klien tentang prosedur dan memperoleh persetujuan dengan memberikan penjelasan rinci tentang prosedur atau pengobatan, potensi risiko dan manfaat, dan metode alternatif yang tersedia. Tanggung jawab perawat terkait dengan informed consent meliputi:

- Memastikan bahwa formulir persetujuan dilengkapi dengan tanda tangan dari klien
- Menjadi saksi dalam proses penandatanganan
- Menentukan apakah klien memahami apa yang dia menandatangani dengan mengajukan pertanyaan terkait

Meskipun hukum bervariasi dari satu negara bagian ke negara bagian, kunci tertentu elemen terkait dengan persetujuan. Perawat harus terbiasa dengan undang-undang negara bagian khusus mereka sebagai serta kebijakan dan prosedur pelayanan kesehatan instansi tempat mereka bekerja. Memperlakukan klien tanpa mendapatkan persetujuan yang layak dapat mengakibatkan tuduhan penyerangan, dan penyedia layanan kesehatan dan/atau fasilitas dapat dimintai pertanggungjawaban untuk setiap kerusakan. Umumnya, hanya orang yang berusia di atas mayoritas (18 tahun) secara hukum dapat memberikan persetujuan untuk kesehatan. Sebagian besar perawatan yang diberikan dalam pengaturan perawatan kesehatan ditanggung dengan persetujuan awal untuk perawatan yang ditandatangani ketika individu menjadi klien di kantor atau klinik itu atau oleh: persetujuan untuk pengobatan yang ditandatangani pada saat masuk ke rumah sakit atau fasilitas rawat inap lainnya. Prosedur-prosedur tertentu, bagaimanapun, memerlukan proses persetujuan yang spesifik: mayor dan operasi kecil; prosedur invasif seperti amniosentesis atau pemantauan janin internal; penempatan perawatan klien dengan risiko lebih tinggi, seperti kemoterapi atau terapi radiasi; prosedur atau perawatan yang melibatkan penelitian; dan fotografi yang melibatkan klien. Jika klien tidak dapat memberikan persetujuan, maka orang tersebut terdekat dengan klien dapat memberikan persetujuan untuk perawatan darurat. Dalam keadaan darurat, persetujuan lisan, melalui telepon, dapat diperoleh. Dua saksi juga harus mendengarkan secara bersamaan dan harus menandatangani formulir persetujuan, yang menunjukkan bahwa persetujuan telah diterima melalui telepon.

2.5.4 Penolakan Perawatan Medis

Semua klien berhak untuk menolak perawatan medis, berdasarkan Undang-Undang Asosiasi Rumah Sakit Amerika Hak. Idealnya, perawatan medis tanpa persetujuan harus digunakan hanya ketika kehidupan klien dalam bahaya. Klien dapat menolak pengobatan jika bertentangan dengan keyakinan agama atau budaya. Dalam kasus ini, penting untuk mendidik klien dan keluarga tentang pentingnya perawatan yang direkomendasikan tanpa memaksa atau memaksa klien untuk setuju. Terkadang kesamaan dapat dicapai antara keyakinan agama atau budaya keluarga dan rekomendasi tim perawatan kesehatan. Komunikasi dan pendidikan adalah kunci dalam situasi ini.

2.5.5 Implikasi bagi Perawat

Sistem perawatan kesehatan terjalin dengan rumit ke dalam struktur politik dan sosial masyarakat kita, dan perawat harus memahami tuntutan perawatan kesehatan sosial, hukum, dan etika sehingga mereka dapat berperan aktif dalam memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan wanita dan keluarganya. Perawat perlu mengambil peran proaktif dalam mengadvokasi dan memberdayakan klien mereka. Misalnya, perawat dapat membantu perempuan untuk meningkatkan kontrol atas faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, sehingga meningkatkan derajat kesehatannya. Seorang wanita dapat diberdayakan dengan mengembangkan keterampilan tidak hanya untuk mengatasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Cressey, R., Pimpa, S., Chewaskulyong, B., Lertprasertsuke, N., Saeteng, S., Tayapiwatana, C., & Kasinrerker, W. 2008. Simplified approaches for the development of an ELISA to detect circulating autoantibodies to p53 in cancer patients. *BMC biotechnology*, 8(1), 1-12.
- Scott, S., & Duncan, C. J. 1999. Malnutrition, pregnancy, and infant mortality: a biometric model. *Journal of Interdisciplinary History*, 30(1), 37-60.
- Goldberg, M. S., Mayo, N. E., Levy, A. R., Scott, S. C., & Poitras, B. 1998. Adverse reproductive outcomes among women exposed to low levels of ionizing radiation from diagnostic radiography for adolescent idiopathic scoliosis. *Epidemiology*, 271-278.
- Ricci, S. S., & Kyle, T. 2009. *Maternity and pediatric nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Lowdermilk, D. L., Cashion, M. C., Perry, S. E., Alden, K. R., & Olshansky, E. 2019. *Maternity and Women's Health Care E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., & Alden, K. R. 2014. *Study Guide for Maternity & Women's Health Care-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Alden, K. R., Lowdermilk, D. L., Cashion, M. C., & Perry, S. E. 2013. *Maternity and women's health care-E-book*. Elsevier Health Sciences.

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE ANTENATAL PATOLOGIS

Oleh Kristiani Desimina Tauho

3.1 Asuhan Keperawatan Hiperemesis Gravidarum

3.1.1 Pendahuluan

Kondisi mual dan muntah terutama pada 3 bulan pertama kehamilan merupakan kondisi yang normal terjadi, namun pada beberapa kasus terjadi mual dan muntah yang sangat berlebihan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang terjadi dengan sering dan tidak tertahankan selama kehamilan disertai dengan gangguan elektrolit, serum dan tingkat ketonuria sedang serta memerlukan rawat inap (Sanu and Lamont, 2011).

Penyebab pasti dari hiperemesis gravidarum belum diketahui, karena gangguan ini disebabkan oleh banyak faktor. Beberapa faktor di antaranya adalah profil demografik ibu hamil dengan usia < 20 tahun, nullipara, dan ibu hamil dengan pendidikan rendah. Ibu yang mengalami hiperemesis gravidarum di kehamilan pertama biasanya akan mengalami hiperemesis gravidarum lagi pada kehamilan selanjutnya (Sanu and Lamont, 2011). Selain itu, kondisi psikologis ibu hamil, aspek hormonal dan infeksi bakteri *Helicobacter pylori* (London *et al.*, 2017).

Gangguan pada traktus gastrointestinal diduga menjadi salah satu penyebab hiperemesis gravidarum akibat penurunan kontraktilitas otot usus yang disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron. Peningkatan level hormon *human chorionic gonadotropin* (hCG) dilaporkan dalam beberapa penelitian pada ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum, namun mekanismenya sendiri masih belum jelas. Sementara itu, hubungan kadar estrogen dengan hiperemesis gravidarum berkaitan dengan pengaruh estrogen dalam penurunan waktu pengosongan lambung dan usus (London *et al.*, 2017).

Faktor lain yang diduga menjadi penyebab hiperemesis gravidarum adalah faktor genetik. Ibu hamil yang memiliki riwayat keluarga mengalami hiperemesis gravidarum cenderung untuk mengalaminya. Hal ini dipengaruhi oleh gen *GDF15* dan gen *IGFBP7* (Jennings and Mahdy, 2021).

3.1.2 Pengkajian Keperawatan

1) Anamnesis

Anamnesis pada ibu hamil yang dicurigai atau dikonfirmasi mengalami hiperemesis gravidarum harus mencakup status kehamilan, perkiraan usia kehamilan, riwayat komplikasi selama kehamilan sebelumnya, frekuensi dan tingkat keparahan mual dan muntah, intervensi yang dilakukan untuk mengobati gejalanya, dan hasil dari intervensi yang dicoba. Timbulnya gejala hiperemesis gravidarum rata-rata terjadi sekitar 5 hingga 6 minggu setelah kehamilan.

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik berfokus pada denyut jantung janin (tergantung pada usia kehamilan) dan pemeriksaan status cairan ibu. Pemeriksaan selanjutnya yang penting untuk dikaji adalah pemeriksaan tanda-tanda vital. Tekanan darah biasanya mengalami penurunan, denyut jantung cepat, suhu tubuh bisa meningkat akibat dehidrasi dan respirasi tidak teratur. Pemeriksaan fisik wajah biasanya terjadi kekeringan membran mukosa, pengisian kapiler dan turgor kulit yang lambat. Berat badan pasien harus diperoleh untuk perbandingan dengan berat sebelumnya. Jika diindikasikan, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan panggul harus dilakukan untuk menentukan ada tidaknya nyeri tekan.

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang penting untuk dilakukan untuk menegaskan diagnosa medis hiperemesis gravidarum dibandingkan dengan diagnosa yang lain dengan tanda dan gejala yang mirip. Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Urinalisis. Urinalisis untuk memeriksa ketonuria dan berat jenis, selain hitung darah lengkap dan evaluasi elektrolit. Peningkatan hemoglobin atau hematokrit

dapat terjadi karena hemokonsentrasi akibat dehidrasi. Dehidrasi yang signifikan dapat menyebabkan cedera ginjal akut yang dibuktikan dengan peningkatan kreatinin serum, nitrogen urea darah, dan penurunan filtrasi glomerulus. Demikian juga peningkatan kalium, kalsium, magnesium, natrium, dan bikarbonat dapat dipengaruhi oleh muntah yang berkepanjangan dan penurunan asupan cairan oral.

- b. Tes tiroid, lipase, dan tes fungsi hati. Pemeriksaan tiroid, enzim lipase dan fungsi hati berkaitan dengan penyakit hepatitis, keracunan obat, hipertiroid hingga pankreatitis yang juga biasanya memiliki tanda mual dan muntah.
- c. Ultrasonografi (USG). USG dilakukan untuk memastikan kehamilan ganda, kehamilan ektopik, dan penyakit trofoblas gestasional. Pemeriksaan USG dilakukan tergantung pada riwayat pasien dan evaluasi obstetrik sebelumnya.
- d. *Magnetic resonance imaging* (MRI) digunakan untuk menilai diagnosis alternatif, seperti radang usus buntu atau apendisitis.
- e. Pemeriksaan radiologi menggunakan sinar X dilakukan untuk menyingkirkan diagnosis alternatif seperti batu ginjal.

3.1.3 Masalah Keperawatan

Beberapa masalah keperawatan yang dapat muncul pada ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum adalah sebagai berikut:

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Adapun tanda dan gejala yang bisa muncul antara lain frekuensi nadi meningkat, nadi lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit > 2 detik, membran mukosa kering, hematokrit meningkat. Pasien juga bisa merasa lemah, mengeluh haus, mengalami peningkatan suhu tubuh, konsentrasi urin meningkat, hingga mengalami perubahan status mental. Perubahan status mental dipengaruhi oleh kekurangan vitamin B1 atau tiamin dapat menyebabkan ibu

hamil mengalami penurunan kesadaran dalam rentang letargis hingga konfusi.

2. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna atau menelan makanan. Tanda dan gejala yang muncul adalah penurunan berat badan minimal 10% dari rentang normal, nafsu makan menurun, membran mukosa pucat dan serum albumin menurun.

3.1.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan pada kasus hiperemesis gravidarum dilakukan dengan tujuan untuk menentukan tingkat keparahan penyakit, mengategorikan pasien dalam kelompok muntah tanpa hipovolemia atau muntah dengan hipovolemia, mengoreksi hipovolemia, meningkatkan kecukupan nutrisi yang dibutuhkan bagi ibu dan janin serta mencegah komplikasi yang serius dari hipovolemia. Beberapa tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (Wegrzyniak, Repke and Ural, 2012:

1. Menganjurkan kepada ibu untuk memodifikasi diet
Modifikasi jumlah dan porsi makan yang dikonsumsi sepanjang hari dapat membantu meringankan gejala muntah berlebihan. Pasien perlu disarankan untuk makan dan minum lebih sedikit namun lebih sering untuk membantu mencegah kasus mual dan muntah. Makanan harus mengandung lebih banyak karbohidrat daripada lemak dan asam. Makanan kaya protein juga dapat mengurangi gejala. Camilan ringan, termasuk kacang-kacangan, produk susu, dan kacang-kacangan, perlu dianjurkan, termasuk minuman yang mengandung elektrolit dan suplemen lainnya. Pasien disarankan untuk menghindari makanan atau persiapan makanan tertentu yang dapat memicu mual, seperti makanan beraroma menyengat.
2. Memberikan edukasi mengenai gaya hidup sehat
Ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum sebaiknya menghindari stres dan beristirahat total. Jika dukungan emosional diperlukan, pasien dapat dirujuk untuk menemui psikolog agar membantu.

3. Kolaborasi pemberian cairan intravena
Cairan intravena (IV) harus diberikan untuk mengisi kembali volume intravaskular yang hilang. Rehidrasi bersama dengan penggantian elektrolit sangat penting dalam pengobatan hiperemesis. Jenis cairannya sendiri yang tepat adalah cairan normal salin yang dapat ditambahkan dengan kalium klorida sesuai kebutuhan.
4. Kolaborasi pemberian suplemen tiamin
Tiamin sangat penting untuk mencegah terjadinya penurunan status mental pasien. Oleh karena itu, tiamin menjadi suplemen rutin pada pasien dengan muntah berkepanjangan. Ibu hamil harus mengonsumsi total tiamin 1,5 mg/hari. Jika ini tidak dapat diberikan secara oral, 100 mg tiamin dapat diencerkan dalam 100 mL salin normal dan diberikan via intravena selama 30 menit hingga 1 jam setiap minggu.
5. Menyarankan untuk mencoba pengobatan komplementer
Salah satu pengobatan herbal yang terbukti melalui hasil penelitian adalah penggunaan jahe. Akar jahe, *Zingiber officinale*, diperkirakan bekerja pada saluran gastrointestinal untuk meningkatkan motilitas, dan sifat penyerapnya dapat menurunkan rangsangan ke zona kemoreseptor di medula yang mengirimkan rangsangan ke pusat emetik batang otak. Jahe juga dapat memblokir respons gastrointestinal dan umpan balik mual yang diakibatkannya. Selain itu, akupunktur dan hipnosis juga merupakan beberapa terapi komplementer yang dapat disarankan kepada pasien hiperemesis gravidarum.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai pencapaian tujuan dari pemberian asuhan keperawatan, sebagai berikut:

1. Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu tubuh dan pernapasan) dalam rentang normal
2. Capillary refill time dan turgor kulit < 2 detik
3. Membran mukosa lembab
4. Nafsu makan meningkat
5. Pemeriksaan darah dan urin dalam rentang normal

3.2 Asuhan Keperawatan Pre-eklampsia

3.2.1 Pendahuluan

Pre-eklampsia adalah peningkatan tekanan darah ibu saat hamil di atas 139/89 mmHg yang disertai dengan adanya proteinuria > 0,3 gram/24 jam atau proteinuria $\geq 1+$ menggunakan urin dipstik setelah usia kehamilan 20 minggu (Gathiram and Moodley, 2016). Jika tidak terdeteksi adanya protein dalam urin, maka diagnosa pre-eklampsia dapat ditegakkan dengan tanda yang lain seperti trombositopenia ($<100.000 \mu\text{L}$), konsentrasi serum kreatinin > 1,1 mg/dL, edema pulmonal, tes fungsi hati dan gangguan penglihatan.

Terdapat 2 tahapan dalam patogenesis dari pre-eklampsia sebagai berikut (Rana *et al.*, 2019):

1. Tahap 1 terjadi pada trimester 1 dan 2, biasanya terjadi akibat abnormalitas plasenta. Selama implantasi plasenta normal, sitotropoblas (bagian dalam dari lapisan trofoblas plasenta) bermigrasi ke arteri spiralis uterus ibu, membentuk sinus vaskular pada bidang yang menghubungkan bagian janin-ibu untuk menyediakan nutrisi bagi janin. Pada kehamilan normal, invasi ini berkembang jauh ke dalam arteri spiralis sampai ke miometrium yang menyebabkan remodeling arteri spiralis maternal menjadi pembuluh darah berkapasitas tinggi dengan aliran yang tinggi. Pada kondisi pre-eklampsia, sitotropoblas gagal untuk bertransformasi sehingga menyebabkan remodeling arteri spiralis tidak lengkap. Remodeling arteriol spiral yang tidak memadai menyebabkan pembuluh darah ibu yang sempit, dan terjadi iskemia plasenta relatif.

Penelitian menunjukkan bahwa hipoksia di plasenta adalah pusat patogenesis pre-eklampsia. Pada fase awal implantasi, kantung kehamilan berada di lingkungan dengan tekanan oksigen rendah, mendukung proliferasi tropoblas. Ketika tekanan oksigen rendah diikuti oleh oksigenasi aliran darah ibu menghasilkan plasenta normal, hipoksia intermiten dan reoksigenasi yang disebabkan oleh invasi

arteri spiral yang buruk dapat menyebabkan stres oksidatif. Hipoksia yang terjadi secara persisten kemudian dapat menyebabkan inflamasi. Sitokin pro inflamasi yang berperan untuk meningkatkan respons peradangan kemudian bersirkulasi pada peredaran darah ibu yang dapat menyebabkan disfungsi vaskular secara sistemik. Hal ini dapat diperburuk dengan faktor risiko yang dimiliki oleh ibu hamil, misalnya obesitas.

2. Tahap kedua biasanya terjadi pada akhir trimester 2 dan pada trimester 3 yang menunjukkan sindrom maternal. Tahap kedua ini dimulai ketika sudah ada gangguan vaskular secara sistemik dengan tanda adanya proteinuria, hipertensi, gangguan visual, edema hingga kejang (eklampsia) dan bisa terjadi sindrom HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets count*) yang membahayakan ibu dan janin. Hal ini menjelaskan mengapa pre-eklampsia biasanya terdeteksi pada minggu ke-20 kehamilan.

3.2.2 Pengkajian Keperawatan

1. Anamnesa

Pre-eklampsia merupakan kondisi yang dapat diprediksi berdasarkan keluhan ibu saat memeriksakan kehamilan. Keluhan yang umumnya disampaikan oleh ibu hamil adalah sakit kepala yang tidak diketahui penyebabnya dan tidak responsif terhadap pengobatan. Keluhan ini dapat disertai atau tidak disertai dengan keluhan tambahan berupa gangguan penglihatan, nyeri kuadran kanan atas abdomen atau di area epigastrium, disertai mual atau muntah.

Faktor-faktor risiko pre-eklampsia perlu untuk dikaji lebih dalam dalam menegakkan diagnosa pre-eklampsia ini. Adapun faktor risiko tersebut dapat dibagi menjadi 2 kategori sebagai berikut (Mayrink, Costa and Cecatti, 2018):

- a. Faktor risiko tinggi, jika ibu hamil memiliki salah satu atau beberapa faktor risiko berikut: riwayat gangguan hipertensi pada kehamilan sebelumnya; adanya riwayat penyakit ginjal kronis; penyakit autoimun seperti lupus eritematosus sistemik atau sindrom antibodi

antifosfolipid; diabetes tipe 1 atau 2; hipertensi arteri kronis.

- b. Faktor risiko sedang, jika ibu hamil adalah primipara; berusia 40 tahun atau lebih; jarak persalinan lebih dari 10 tahun; memiliki indeks massa tubuh (IMT) lebih besar dari 35 kg/m² pada awal kunjungan antenatal; dan atau memiliki riwayat keluarga dengan pre-eklamsia.

2. Pemeriksaan fisik

Pasien perlu dicurigai mengalami pre-eklampsia jika memiliki tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih, atau tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih. Respirasi dapat ditemukan adanya sesak napas dengan suara napas tambahan ronchi akibat edema pulmonal. Pemeriksaan Leopold perlu dilakukan untuk mengetahui status kesejahteraan janin, selain melakukan pengkajian *head to toe* yang lainnya secara sistematis.

3. Pemeriksaan penunjang perlu dilakukan pemeriksaan urinalisis, pemeriksaan darah lengkap, foto thoraks, USG.

3.2.3 Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat muncul pada ibu hamil dengan pre-eklampsia antara lain sebagai berikut:

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan
2. Ansietas berhubungan dengan situasional
3. Risiko cedera pada janin

3.2.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Intervensi untuk ibu hamil yang mengalami pre-eklampsia dapat dilakukan berdasarkan prinsip pencegahan primer, sekunder dan tersier. Intervensi primer antara lain: tirah baring, pembatasan aktivitas atau olahraga teratur, pengaturan asupan zat gizi seperti pengurangan asupan garam, dan peningkatan antioksidan seperti vitamin C dan E, bawang putih, minyak laut. Sementara itu, pencegahan sekunder dengan memberikan obat-obatan seperti diuretik, progesteron, oksida nitrat, suplemen kalsium, dan aspirin (Bezerra Maia E Holanda Moura *et al.*, 2012). Tujuan pencegahan sekunder adalah untuk mengurangi gejala yang ibu rasakan dan mencegah komplikasi pada ibu maupun janin. Pencegahan pre-

eklamsia sendiri lebih mungkin berhasil dengan mengidentifikasi wanita berisiko tinggi dan menjadwalkan mereka untuk melakukan perawatan antenatal dengan tepat. Upaya harus dilakukan untuk menemukan prediktor pre-eklampsia lebih awal agar intervensi dapat dilakukan sebelum usia kehamilan mencapai 16 minggu.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada ibu hamil dengan pre-eklampsia dilakukan berdasarkan tujuan asuhan keperawatan, yaitu teratasinya dampak yang ditimbulkan akibat gangguan vaskular secara sistemik, seperti migrain dan sakit kepala, mencegah risiko cidera janin akibat hipoksia plasenta dan berkurangnya kecemasan ibu hamil atas kondisi yang dialami.

3.3 Asuhan Keperawatan Mola Hidatidosa

3.3.1 Pendahuluan

Mola hidatidosa adalah gangguan plasenta androgenetik yang menyebabkan hiperproliferasi abnormal dan degenerasi hidropik pada sebagian atau seluruh vili korionik plasenta. Berdasarkan morfologi makroskopis, histopatologis dan kariotipnya, mola hidatidosa dibagi menjadi 2 kategori, yaitu mola hidatidosa lengkap/komplit dan parsial.

Terdapat 3 kemungkinan kondisi penyebab dari mola hidatidosa, yaitu: 1) Penghancuran pronukleus wanita pada saat pembuahan oleh 1 atau 2 spermatozoa, diikuti oleh endoreplikasi pronukleus laki-laki sehingga mengarah ke mola hidatidosa lengkap; 2) Zigot triploid (fertilisasi 1 ovum oleh 2 spermatozoa) menyebabkan mola hidatidosa parsial tetapi juga dapat menyebabkan kloning haploid dan diploid. Kloning diploid dapat menghasilkan janin normal sedangkan kloning haploid setelah endoreplikasi menghasilkan mola hidatidosa lengkap; 3) Kekurangan nutrisi selama diferensiasi oosit atau penurunan tekanan oksigen yang terbatas selama trimester pertama kehamilan (Candelier, 2016).

Perkembangan mola hidatidosa komplit mengikuti pola yang jelas dimulai dengan kantung kehamilan yang terlihat dengan normal secara makroskopis pada minggu ke-4, berubah menjadi

massa polipoid antara minggu ke-5 dan ke-7. Perubahan hidropik jaringan vili bersifat progresif dan jarang terlihat dalam rahim pada USG sebelum usia kehamilan 8 minggu dengan tanda yang paling umum terjadi yaitu adanya perdarahan (Jauniaux *et al.*, 2018).

3.3.2 Pengkajian Keperawatan

1. Pemeriksaan fisik

Gejala yang paling umum dari mola hidatidosa lengkap adalah perdarahan per vaginam pada trimester pertama karena jaringan molar memisahkan diri dari desidua. Karakteristik khas dari pendarahan ini berwarna burgundy atau merah keunguan. Gejala lain dari kehamilan mola lengkap adalah hiperemesis (mual dan muntah parah), yang disebabkan oleh tingginya tingkat hormon hCG yang beredar dalam aliran darah. Temuan lainnya setelah trimester pertama sekitar 14 hingga 16 minggu kehamilan bisa ditemukan tanda dan gejala hipertiroidisme, termasuk takikardia dan tremor, yang disebabkan oleh tingginya kadar hCG. Dalam kasus yang sangat lanjut, pasien datang dengan gangguan pernapasan parah yang mungkin disebabkan oleh emboli jaringan trofoblas ke dalam paru-paru (Ghassemzadeh, Farci and Kang, 2021).

Sementara itu, pada mola hidatidosa parsial biasanya pasien datang dengan gejala yang mirip dengan aborsi, termasuk pendarahan vaginam karena mola hidatidosa parsial memiliki jaringan janin, sehingga pada pemeriksaan USG, dapat ditemukan detak jantung janin. Pemeriksaan fisik biasanya terjadi perbedaan ukuran uterus dan perbedaan usia kehamilan. Pada mola hidatidosa lengkap, rahim biasanya lebih besar dari perkiraan usia kehamilan, sedangkan pada mola hidatidosa parsial, rahim bisa lebih kecil dari usia kehamilan yang diperkirakan.

2. Pemeriksaan penunjang

Di bawah adalah beberapa pemeriksaan penunjang pada kasus mola hidatidosa:

- a. Pemeriksaan kadar hCG dan golongan darah. Pada mola hidatidosa, kadar hCG serum biasanya jauh lebih tinggi daripada pasien dengan usia kehamilan yang sama pada kehamilan normal atau kehamilan ektopik. Golongan

darah penting karena kebanyakan pasien dengan mola hidatidosa komplis atau parsial datang dengan perdarahan pervaginam.

b. Pemeriksaan laboratorium lainnya meliputi:

- 1) Hitung darah lengkap untuk mengevaluasi anemia dan trombositopenia
- 2) Pemeriksaan metabolik dasar untuk mengevaluasi ketidakseimbangan elektrolit dan insufisiensi ginjal
- 3) Panel tiroid (jika ada tanda dan gejala hipertiroidisme)
- 4) Tes fungsi hati dan urinalisis (jika pre-eklampsia dicurigai)
- 5) Profil koagulasi untuk mengevaluasi koagulasi intravaskular pada kasus yang parah.
- 6) USG panggul. Pada mola hidatidosa lengkap, temuan USG termasuk massa heterogen di rongga rahim dengan beberapa ruang anechoic. Selain itu, tidak adanya embrio atau janin, dan tidak ada cairan ketuban.
- 7) Jika kehamilan mola didiagnosis, langkah selanjutnya biasanya adalah CT scan dan PET scan untuk menentukan stadium penyakit.
- 8) Rontgen dada harus diperoleh jika gejala awal pasien ada tanda-tanda gangguan pernapasan untuk mengevaluasi edema paru.

3.3.3 Masalah Keperawatan

Beberapa masalah keperawatan di bawah biasanya ditemukan pada ibu dengan kehamilan mola atau mola hidatidosa.

1. Risiko syok akibat kekurangan volume cairan
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan
3. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan perdarahan

3.3.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Intervensi yang dapat diberikan bertujuan untuk mencegah risiko syok dengan lakukan koreksi terhadap ketidakseimbangan

cairan. Pasien perlu diberikan cairan intravena dan transfusi darah jika terdapat tanda-tanda anemia sesuai advis dokter. Jika pasien datang dengan sesak napas, maka perawat perlu memberikan bantuan ventilasi. Demikian juga jika pasien datang dengan tanda-tanda hipertiriodisme, maka perawat harus berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat-obatan yang sesuai.

Ketika pasien sudah stabil, maka pasien perlu diberikan penjelasan mengenai opsi dilatasi dan kuretase. Pada pasien dengan usia lanjut lebih dari 40 tahun dan mereka yang baru selesai melahirkan, histerektomi dilakukan sebagai pengganti dilatasi dan kuretase. Walaupun demikian, histerektomi tidak sepenuhnya menghilangkan risiko penyakit mola untuk bermetastasis. Kadar hCG harus tetap dipantau setelah tindakan dilakukan; jika tetap tinggi, maka dapat disimpulkan bahwa mola hidatidosa menjadi persisten atau invasif sehingga memerlukan kemoterapi. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan konsultasi dengan ahli onkologi ginekologi untuk memandu terapi.

Perawat juga harus melakukan tindakan observasi yang ketat terhadap status mental pasien, perubahan tanda-tanda vital dan keluhan lain yang muncul dari pasien. Tindakan terapeutik dilakukan dengan memfasilitasi lingkungan yang memberikan kenyamanan terhadap pasien, dan berkolaborasi dalam memberikan pengobatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Perawat dapat berperan sebagai edukator dalam menjelaskan mengenai kondisi penyakit dan alternatif dilatasi maupun kuretase. Dukungan diberikan oleh perawat kepada pasien maupun keluarga yang mungkin cemas terhadap kondisi pasien, apalagi mola hidatidosa merupakan gangguan yang jarang terjadi sehingga mungkin informasi mengenai penyakit ini belum sepenuhnya diketahui oleh pasien dan keluarga.

3.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada ibu dengan kehamilan mola, memiliki beberapa indikator sebagai berikut:

1. Tidak terjadi syok
2. Semua tanda vital dalam rentang normal
3. Kadar hCG dalam rentang normal
4. Hasil pemeriksaan darah dalam rentang normal

3.4 Asuhan Keperawatan Kehamilan Ektopik

3.4.1 Pendahuluan

Kehamilan ektopik adalah kondisi ketika terjadi implantasi di luar cavum uteri. Sebagian besar kasus kehamilan ektopik terjadi dalam tuba fallopi, diikuti oleh abdomen, ovarium dan serviks. Kehamilan ektopik disebabkan oleh banyak faktor dan sebagian besar pasien tidak sadar mengenai faktor resiko tersebut. Faktor risiko kehamilan ektopik dibagi menjadi 3 kelompok (Taranet *al.*, 2015), yaitu

1. Risiko tinggi: riwayat operasi tuba fallopi sebelumnya, riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, sterilisasi, penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim
2. Risiko sedang: sedang terinfeksi, merokok, memiliki pasangan seksual lebih dari 1 orang, ada gangguan pada tuba fallopi,
3. Risiko rendah: usia lebih dari 40 tahun

3.4.2 Pengkajian Keperawatan

1. Anamnesis dan pengkajian fisik

Anamnesis keperawatan perlu difokuskan pada riwayat kesehatan ibu, termasuk riwayat menstruasi dan obstetri, agar perawat dapat menentukan usia kehamilan dan mengevaluasi faktor risiko yang dimiliki oleh pasien. Pengkajian keperawatan biasanya didapatkan trias tanda kehamilan ektopik, yaitu amenorea, nyeri abdomen dan perdarahan melalui vaginam. Pasien biasanya mengalami nyeri dan perdarahan pada minggu ke-6 sampai minggu ke-10 kehamilan. Sementara itu, mual dan muntah adalah gejala lainnya yang juga bisa muncul dan tes kehamilan menunjukkan hasil positif.

Pada pemeriksaan fisik, inspeksi pada wajah pasien dapat menunjukkan pucat, mukosa bibir kering dan tanda kekurangan cairan lainnya(Andola *et al.*, 2021). Nyeri tekan di peritoneum dan nyeri tekan saat menggerakkan serviks mengindikasikan kemungkinan adanya hemoperitoneum. Inspeksi jalan lahir untuk mengidentifikasi produk konsepsi di vagina maupun di serviks diperlukan untuk membedakan

kehamilan ektopik dari abortus spontan. Tanda dan gejala kehamilan ektopik biasanya dialami juga ibu dengan kehamilan intrauterin maupun aborsi spontan, sehingga ketika dicurigai mengalami kehamilan ektopik, maka harus dipastikan lagi dengan pemeriksaan penunjang.

2. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Abdulkareem and Eidan, 2017), pemeriksaan penunjang yang diperlukan adalah pemeriksaan kadar hCG, progesteron, dan sonografi transvaginal. Pada awal kehamilan, level hCG seharusnya naik dua kali lipat setiap 48 jam. Jika terjadi kenaikan secara perlahan, atau tetap pada level yang sama, berarti pasien mengalami kehamilan yang gagal atau kehamilan ektopik. Pasien dengan kehamilan normal juga biasanya memiliki kadar progesteron serum lebih besar dari 20 ng/ml (rata-rata = 30,9 ng/ml), sedangkan semua pasien dengan kehamilan ektopik memiliki kadar progesteron kurang dari 15 ng/ml.

Sonografi transvaginal adalah pencitraan pilihan untuk diagnosis kehamilan ektopik yang didasarkan pada visualisasi massa ektopik. Pasien dikatakan mengalami kehamilan ektopik jika secara positif ada visualisasi dari kehamilan ekstrauterin. Jika kehamilan ekstrauterin maupun intrauterin tidak terlihat, maka pasien tersebut harus diklasifikasikan dalam kategori "kehamilan dengan lokasi yang tidak diketahui" dan kemudian ditindaklanjuti sampai hasil akhir kehamilan diketahui.

3.4.3 Masalah Keperawatan

Beberapa masalah keperawatan yang timbul pada pasien dengan kehamilan ektopik adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
3. Berduka berhubungan dengan kehilangan fetus

3.4.4 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (Green, 2016):

1. Nyeri akut: melakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh termasuk menggunakan skala nyeri sebagai dasar pemberian terapi farmakologi maupun non-farmakologi; menawarkan dan melatih pasien untuk melakukan terapi non-farmakologi, seperti pijat, kompres hangat, mendengarkan musik dan lainnya; kolaborasi pemberian analgetik; mengajarkan kepada ibu mengenai obat-obatan yang dikonsumsi, terkait dosis, kegunaan dan efek samping
2. Ansietas: memberikan dukungan dan tidak menghakimi pasien selama perawatan diberikan; perawat harus kompeten dalam menilai kondisi pasien, memantau, dan memberikan asuhan keperawatan awal dalam persiapan fisik dan mental dari masa praoperasi sampai pasien melewati masa kritis dan tidak ada komplikasi setelah operasi; berperan sebagai sumber informasi dan menjawab semua pertanyaan pasien maupun keluarga; melakukan edukasi mengenai kondisi yang dialami oleh pasien, termasuk hasil tes dan terapi yang diberikan
3. Berduka: kaji ekspresi rasa bersalah, kemarahan dan ketakutan pasien; kaji sistem pendukung yang dimiliki oleh pasien, termasuk keluarga besar dan dukungan finansial; kaji depresi akibat kehilangan; dukung pasien dan keluarga untuk mengekspresikan rasa berduka sesuai dengan keinginan mereka; diskusikan mengenai kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik lagi pada kehamilan selanjutnya; rekomendasikan teman atau keluarga yang bisa membantu pasien dalam melewati proses berduka.

3.4.5 Evaluasi Keperawatan

Diharapkan pada saat melakukan evaluasi keperawatan, masalah keperawatan yang muncul dapat teratasi dan tidak muncul komplikasi seperti hipovolemia akibat perdarahan hingga depresi akibat berduka.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulkareem, T.A. and Eidan, S.M. 2017. 'Ectopic Pregnancy: Diagnosis, Prevention and Management, in Abduljabbar, H.S. (ed.) *Obstetrics*. InTech. doi:10.5772/intechopen.71999.
- Andola, S.*et al.* 2021. 'Study of Risk factors and treatment modalities of ectopic pregnancy, *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2), p. 724. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_1279_20.
- Bezerra Maia E Holanda Moura, S.*et al.* 2012. 'Prevention of preeclampsia, *Journal of Pregnancy*, 2012, p. 435090. doi:10.1155/2012/435090.
- Candelier, J.-J. 2016. 'The hydatidiform mole, *Cell Adhesion & Migration*, 10(1-2), pp. 226-235. doi:10.1080/19336918.2015.1093275.
- Gathiram, P. and Moodley, J. 2016. 'Pre-eclampsia: its pathogenesis and pathophysiology, *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), pp. 71-78. doi:10.5830/CVJA-2016-009.
- Ghassemzadeh, S., Farci, F. and Kang, M. 2021. *Hydatidiform Mole*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Green, C.J. (ed.). 2016. *Maternal newborn nursing care plans*. Third edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Jauniaux, E.*et al.* 2018. 'New insights in the pathophysiology of complete hydatidiform mole, *Placenta*, 62, pp. 28-33. doi:10.1016/j.placenta.2017.12.008.
- Jennings, L. and Mahdy, H. 2021. *Hyperemesis Gravidarum*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/>.
- London, V. *et al.* 2017. 'Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature, *Pharmacology*, 100(3-4), pp. 161-171. doi:10.1159/000477853.
- Mayrink, J., Costa, M.L. and Cecatti, J.G. 2018. 'Preeclampsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction, *The Scientific World Journal*, 2018, pp. 1-9. doi:10.1155/2018/6268276.
- Rana, S.*et al.* 2019. 'Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives, *Circulation Research*, 124(7), pp. 1094-1112. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.313276.

- Sanu, O. and Lamont, R.F. 2011. 'Hyperemesis gravidarum: pathogenesis and the use of antiemetic agents', *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 12(5), pp. 737–748. doi:10.1517/14656566.2010.537655.
- Taran, F.-A. *et al.* 2015. 'The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy', *Deutsches Arzteblatt International*, 112(41), pp. 693–703; quiz 704–705. doi:10.3238/arztebl.2015.0693.
- Wegrzyniak, L.J., Repke, J.T. and Ural, S.H. 2012. 'Treatment of hyperemesis gravidarum', *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 5(2), pp. 78–84.

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN PERIODE INTRANATAL FISILOGIS TERKINI

Oleh Epi Saptaningrum

4.1 Pendahuluan

Persalinan bagi seorang ibu adalah perjuangan. Apalagi jika persalinan dialami pada masa pandemi suatu penyakit misal pandemi covid 19, membutuhkan adaptasi bagi pasien, keluarga maupun petugas kesehatan.

Persalinan adalah adalah suatu proses dimana fetus dan plasenta keluar dari uterus, ditandai dengan peningkatan aktivitas otot rahim (frekuensi dan intensitas kontraksi) yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks serta keluarnya lendir darah (*bloody shoaw*) dari vagina (Manurung 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.

4.2 Adaptasi fisiologis dan psikologis ibu bersalin

Persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Dibawah ini akan dijelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan menurut berbagai sumber (Chapman & Durham, 2010; Bobak & Lowdermik, 2005; Kinzie & Gomez, 2004; Manurung, 2011; Perry et al, 2010; Piliteri, 2003; Reeder, Martin, Griffin, 2011 dalam Atin Karjatin, 2016).

4.2.1 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Persalinan yang lancar dikehendaki oleh semua wanita yang akan melahirkan. Namun ternyata kadang beberapa wanita menemui kendala saat akan melahirkan. Persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain seperti yang tersebut dibawah ini. Minimal kita kenal istilah 3 P yaitu *Power*, *Passageaway* dan *Passanger*.

1. Power (Kontraksi/HIS Ibu)

Yaitu otot rahim atau myometrium berkontraksi dan memendek (relaksasi) selama kala I persalinan. Kontraksi atau HIS yang perlu dikaji pada ibu bersalin kala I adalah:

- Frekuensi* yaitu dengan cara menghitung banyaknya kontraksi selama 1 menit (misalnya, terjadi setiap 3–4 menit).
- Durasi* yaitu dengan cara menghitung lama terjadinya kontraksi, tercatat dalam hitungan detik (misalnya, setiap kontraksi berlangsung 45–50 detik).
- Intensitas yaitu Kekuatan kontraksi*. Hal ini dievaluasi dengan palpasi menggunakan ujung jari pada bagian fundus perut ibu dan digambarkan sebagai:
 - 1) Ringan jika dinding rahim mudah menjorok selama kontraksi.
 - 2) Sedang jika dinding rahim tahan terhadap lekukan selama kontraksi.
 - 3) Kuat jika dinding rahim tidak dapat indentasi selama kontraksi.

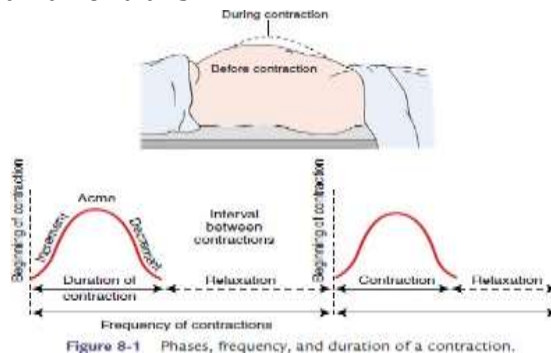


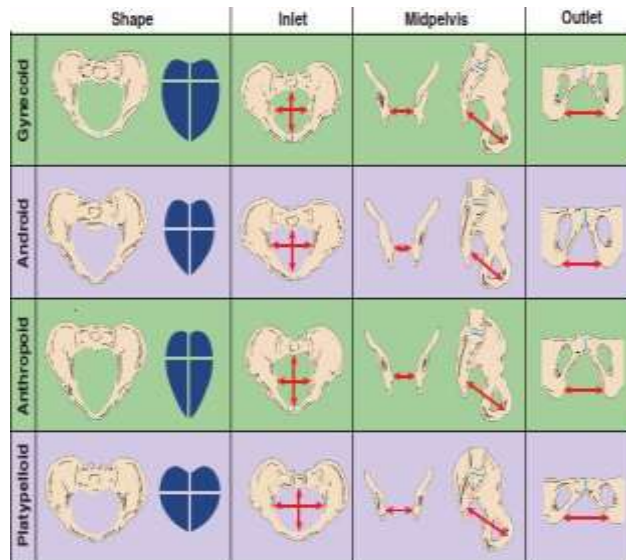
Figure 8-1 Phases, frequency, and duration of a contraction.

Gambar 1. Intensitas, Frekuensi Dan Durasi Kontraksi His.
(Sumber : Atin Karjatin, 2016)

2. Passageaway (Jalan Lahir)

Bagian ini meliputi tulang panggul dan jaringan lunak leher rahim/serviks, panggul, vagina, dan introitus (liang vagina).

Ginekoid merupakan bentuk panggul ideal untuk dapat melahirkan secara pervaginam. Berbagai macam bentuk panggul pada wanita pada gambar di bawah ini.



Gambar 2. Berbagai tipe panggul (ginekoid, android, anthropoid, platipeloid)
(Sumber : Atin Karjatin, 2016)

3. Passanger (Janin, Plasenta dan Ketuban)

Passenger yang dimaksud yaitu penumpang/janin. Passenger/janin dan hubungannya dengan jalan lahir, merupakan faktor utama dalam proses melahirkan. Hubungan antara janin dan jalan lahir termasuk tengkorak janin, sikap janin, sumbu janin, presentasi janin, posisi janin dan ukuran janin. Anda dapat melihat station dari bagian presentasi (kepala janin dalam hubungannya dengan spina ischiadika) pada Gambar di bawah ini.

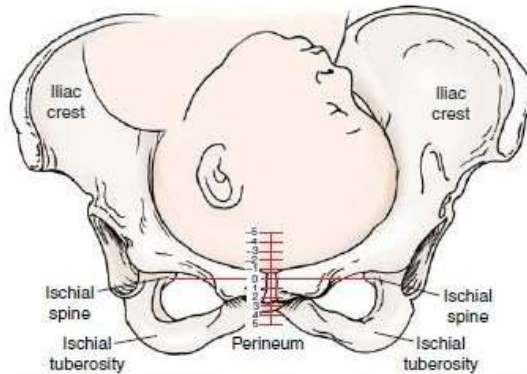


Figure 8-5 Station of presenting part: Fetal head in relation to ischial spines.

Gambar 3. Bagian presentasi (kepala janin dalam hubungannya dengan spinaischidika). (Sumber : Atin Karjatin, 2016)

Sumbu janin dan presentasi janin dapat dilihat pada Gambar di bawah ini.

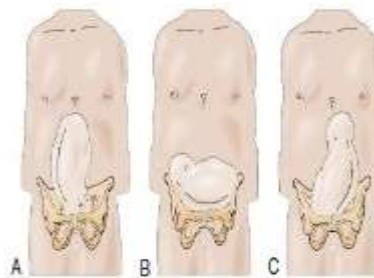


Figure 8-8 Fetal lie. A. Longitudinal lie. B. Transverse lie. C. Oblique lie.

Gambar 4. Sumbu janin: posisi longitudinal (A), transversal (B), dan posisi oblique (C). (Sumber : Atin Karjatin, 2016)

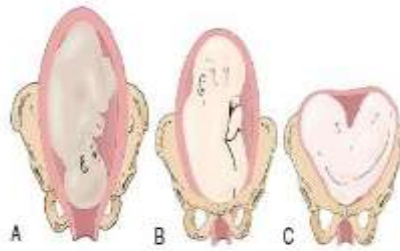


Figure 8-9 Fetal presentation. A. Cephalic. B. Breech. C. Shoulder.

Gambar 5. Presentasi janin: kepala (A), bokong (B), dan punggung (C).
(Sumber : Atin Karjatin, 2016)

Saudara dapat melihat Gambar di bawah ini untuk berbagai presentasi kepala bayi,

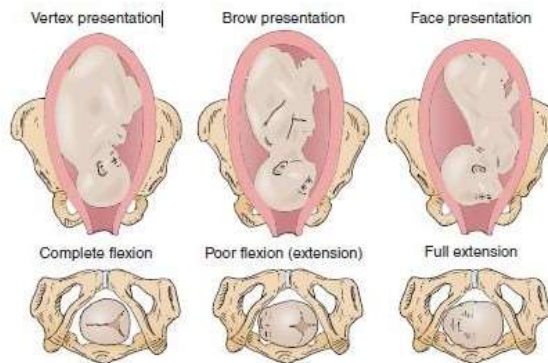
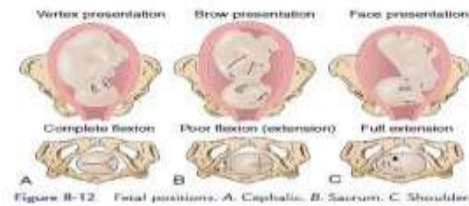
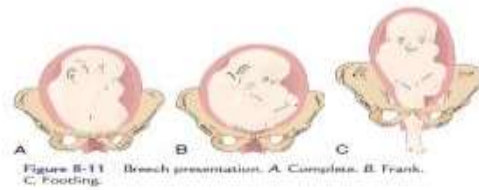


Figure 8-10 Cephalic presentation.

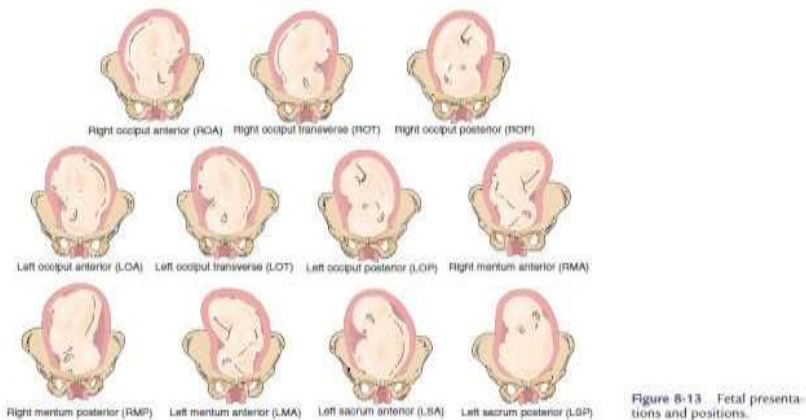
Gambar 6. Berbagai presentasi posisi kepala bayi
(Sumber : Atin Karjatin, 2016)

Untuk presentasi bokong dan posisi janin dapat dilihat pada Gambar berikut ini.



Gambar 7. Presentasi bokong dan posisi janin.(Sumber : Atin Karjatin, 2016)

Untuk jenis presentasi janin dan posisi janin, anda dapat melihat Gambar berikut ini.



Gambar 8. Berbagai presentasi dan posisi janin.
(Sumber : Atin Karjatin, 2016)

4.2.2 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah gerakan-gerakan janin pada proses persalinan yang meliputi langkah seperti yang tersebut dibawah ini :

- a. Turunnya kepala, meliputi :
 - 1) Masuknya kepala dalam PAP
 - 2) Dimana sutura sagitalis terdapat ditengah – tengah jalan lahir tepat diantara symfisis dan promontorium, disebut synclitismus. Kalau pada synclitismus os.parietal depan dan belakang sam tingginya jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati symfisis atau agak kebelakang mendekati promontorium disebut Asynclitismus.
 - 3) Jika sutura sagitalis mendekati symfisis disebut asynclitismus posterior jika sebaliknya disebut asynclitismus anterior.
- b. Fleksi
Fleksi disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
- c. Putaran paksi dalam
Yaitu putaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symfisis.
- d. Ekstensi
Setelah kepala di dasar panggul terjadilah distensi dari kepala hal ini disebabkan karena lahir pada intu bawah panggul mengarah ke depan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.
- e. Putaran paksi luar
Setelah kepala lahir maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.
- f. Ekspulsi
Setelah kepala melakukan putaran paksi luar sesuai arah punggung dilakukan pengeluaran anak dengan gerakan biparietal sampai tampak $\frac{1}{4}$ bahu ke arah anterior dan posterior dan badan bayi keluar dengan sangga susu.

4.3 Asuhan Keperawatan Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV

4.3.1 PERSALINAN KALA I

a. Pengertian

Definisi Kala I persalinan yaitu perubahan perkembangan serviks (leher rahim).

b. Karakteristik kala I

- 1) Kala I dimulai dengan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur & meningkat (frekuensi & kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).
- 2) Kala I adalah tahap terpanjang, biasanya berlangsung 12 jam untuk primigravida dan 8 jam untuk multigravida.
- 3) Selaput membrane amnion atau selaput janin biasanya pecah selamatah ini.
- 4) Peningkatan curah jantung ibu dan denyut nadi ibu bisa meningkat.
- 5) Penurunan motilitas/gerakan gastrointestinal, yang menyebabkan peningkatan waktu pengosongan lambung (Mattson & Smith, 2004).
- 6) Ibu mengalami rasa sakit yang terkait dengan kontraksi uterus saat serviks membuka dan menipis.

c. Fase-fase kala I

Tahap ini dibagi menjadi: fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten:

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi sampai penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka < 4 cm.
- c) Umumnya berlangsung hampir/ hingga 8 jam.

2) Fase aktif:

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi 3 X

dalam 10 menit, selama 40 detik/lebih).

- b) Dari pembukaan 4–10 cm terjadi kecepatan rata-rata 1 cm/ jam(nulipara/ primigravida) atau > 1–2 cm (multipara).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Adaptasi fisik/ fisiologis dan psikologis

Adaptasi fisik/ fisiologis

- 1) Selama fase laten, perilaku ibu: umumnya gembira, waspada, banyak bicara atau diam, tenang atau cemas, mengalami kram abdomen, nyeri punggung, pecah ketuban, nyeri terkontrol, dan dapat berjalan.
- 2) Selama fase aktif, Ibu umumnya mengalami peningkatan ketidaknyamanan, berkeringat, mual, muntah, gemetar paha dan kaki, tekanan kandung kemih dan rektum, nyeri punggung, pucat sekitar mulut, Ibu merasa lebih takut, kehilangan kontrol, berfokus pada diri sendiri, lebih sensitif, terdapat desakan untuk meneran/mengedan, tekanan pada rektum.

Adaptasi psikologis

- 1) Klien merasakan antisipasi, gembira atau ketakutan.
- 2) Selama fase aktif, klien tampak serius dan fokus pada perkembangan persalinan, klien minta obat atau melakukan teknik pernafasan.
- 3) Selama fase aktif, klien mungkin kehilangan kontrol, tiduran di tempat tidur, mengerang, atau menangis.

4.3.2 PERSALINAN KALA II

a Pengertian

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

b. Karakteristik kala II

antara lain:

- 1) Berlangsung selama 50 menit untuk primigravida, dan 20 menit untuk multigravida.

- 2) Klien merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 3) Klien merasa adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- 4) Kontraksi menjadi sering, terjadi setiap 2 menit dan selama 60 detik.
- 5) Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*).
- 6) Perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka.



Gambar 9. Proses persalinan normal.

c. Tanda pasti kala II

(melalui *vaginal touche*/pemeriksaan dalam):

- i. Pembukaan serviks telah lengkap.
- ii. Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Adaptasi fisiologis dan psikologis

Adaptasi fisiologis:

- 1) Tekanan intratorakal meningkat selama kala II akibat dorongan janin.
- 2) Tahanan perifer meningkat selama kontraksi, tekanan darah meningkat dan kemudian menurun.
- 3) *Cardiac output* meningkat selama persalinan.
- 4) Diaforesis dan hiperventilasi selama persalinan meningkatkan kehilangan cairan.
- 5) *Respirasi rate* meningkat sehingga meningkatkan penguapan volume cairan dan meningkatkan konsumsi oksigen.
- 6) Hiperventilasi dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen.
- 7) Leukositosis terjadi selama persalinan.
- 8) Plasma fibrinogen meningkat, waktu pembekuan darah dan kadar glukosa darah meningkat.
- 9) Motilitas dan absorpsi lambung menurun, waktu pengosongan lambung memanjang.
- 10) Dapat terjadi proteinuria karena kerusakan otot.
- 11) Urin pekat.
- 12) Nyeri punggung meningkat, persepsi nyeri meningkat.
- 13) Saraf pada uterus dan serviks terangsang oleh kontraksi uterus dan dilatasi serviks, saraf pada perineum terangsang dan meregang pada kala II karena dilewati janin.

Adaptasi psikologis:

- 1) Perubahan perilaku klien karena kontraksi dan terdorong janin.
- 2) Klien merasa tenaganya habis.

4.3.3 KALA III

a. Pengertian

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pemisahan plasenta biasanya terjadi dalam beberapa

menit setelah melahirkan. Setelah plasenta terpisah dari dinding rahim, rahim terus kontraksi sampai plasenta dikeluarkan. Proses ini biasanya memerlukan waktu 5 sampai 20 menit pasca melahirkan bayi dan terjadi secara spontan.

- 1) Mengkaji pelepasan plasenta
- 2) Tanda lepasnya plasenta:
 - a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uterus.
 - b) Tali pusat memanjang.
 - c) Semburan darah mendadak dan singkat.

b. Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III bertujuan: menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif. Keuntungan manajemen aktif kala III adalah persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta (plasenta lahir lebih dari 30 menit).

Manajemen aktif kala III terdiri dari:

- 1) Pemberian suntikan oksitosin 10 unit yang diberikan IntraMuskuler dalam 1 menit setelah bayi lahir. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.
- 2) Masase fundus uteri.

Adaptasi psikologis

- 1) Klien dapat fokus terhadap kondisi bayi.
- 2) Klien merasa tidak nyaman karena kontraksi uterus sebelum pengeluaran plasenta.

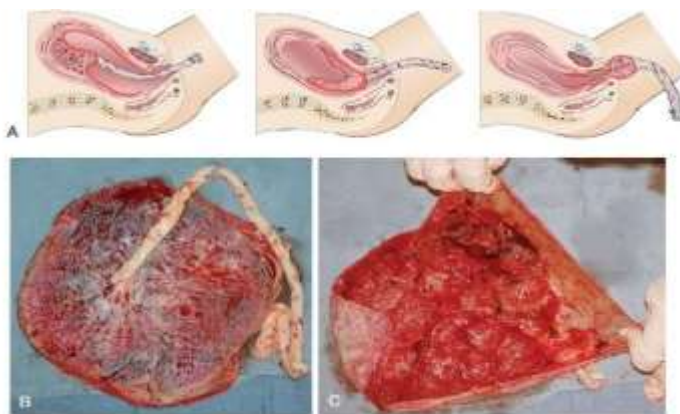


Figure 8-25 A. Delivery of the placenta. B. Delivered placenta (fetal side). C. Inside of placenta (maternal side).

Gambar 10. Proses pengeluaran plasenta (A), Plasenta yang dikeluarkan(B), Bagian dalam plasenta (C).

4.3.4 Persalinan Kala IV

a. Pengertian

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelahnya.

b. Adaptasi psikologis

- 1) Klien berfokus pada bayi.
- 2) Klien mulai memiliki peran sebagai ibu.
- 3) Aktivitas primer yaitu mempromosikan bonding ibu dan bayi

4.4 Asuhan Keperawatan Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV

Asuhan keperawatan pada ibu bersalin dibagi ke dalam empat kala. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan (Manurung, 2011). Berikut uraiannya satu per satu.

PENGKAJIAN

4.4.1 KALA I

a. Keluhan

Anda kaji alasan klien datang ke rumah sakit. Alasannya dapat berupa keluar darah bercampur lendir (*bloody show*), keluar air-air dari kemaluan (air ketuban), nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut/kontraksi (mulas), nyeri makin sering dan teratur.

b. Pengkajian riwayat obstetrik

Kaji kembali HPHT, taksiran persalinan, usia kehamilan sekarang. Kaji riwayat kehamilan masa lalu, jenis persalinan lalu, penolong persalinan lalu, kondisi bayi saat lahir. Kaji riwayat nifas lalu, masalah setelah melahirkan, pemberian ASI dan kontrasepsi.

c. Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital (TTV) meliputi tekanan darah, nadi, suhu, respirasi, tinggi badan, dan berat badan.
- b) Kaji tanda-tanda in partu seperti keluar darah campur lendir, sejak kapan dirasakan kontraksi dengan intensitas dan frekuensi yang meningkat, waktu keluarnya cairan dari kemaluan, jernih atau keruh, warna, dan jumlahnya.
- c) Kaji TFU, Leopold I, II, III, dan IV (lihat kembali modul 2 atau pedoman praktikum pemeriksaan fisik ibu hamil).
- d) Kaji kontraksi uterus ibu. Lakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui derajat dilatasi (pembukaan) dan pendataran serviks, apakah selaput ketuban masih utuh atau tidak, posisi bagian terendah janin.
- e) Auskultasi DJJ.

4.4.2 KALA II

- a) Periksa TTV (TD, nadi, suhu, respirasi), tanda-tanda persalinan kala II dimulai sejak pukul, evaluasi terhadap tanda-tanda persalinan kala II (dorongan meneran, tekanan ke anus, perineum menonjol, dan vulva membuka).

- b) Periksa kemajuan persalinan VT (status portio, pembukaan serviks, status selaput amnion, warna air ketuban, penurunan presentasi ke rongga panggul, kontraksi meliputi intensitas, durasi frekuensi, relaksasi).
- c) DJJ, vesika urinaria (penuh/ kosong).
- d) respon perilaku (tingkat kecemasan, skala nyeri, kelelahan, keinginan mendedan, sikap ibu saat masuk kala II, intensitas nyeri).

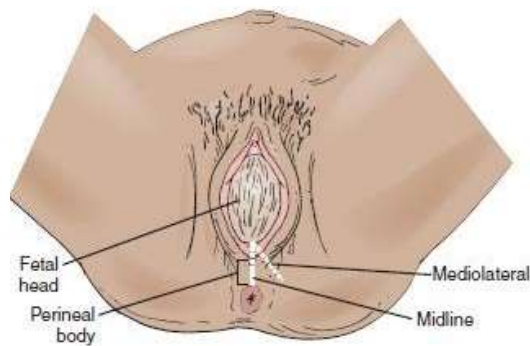


Figure 8-23 Episiotomy locations.

Gambar 11. Lokasi episiotomi.

- e) Nilai skor APGAR dinilai pada menit pertama kelahiran dan diulang pada menit kelima.
A (appearance/warna kulit), P (Pulse/denyut jantung), G (Grimace/respon refleks), A (Activity/tonus otot), R (respiration/pernapasan). Nilai kelima variabel tersebut dijumlahkan. Interpretasi hasil yang diperoleh:
 - 1) Bila jumlah skor antar 7–10 pada menit pertama, bayi dianggap normal.
 - 2) Bila jumlah skor antara 4–6 pada menit pertama, bayi memerlukan tindakan medis segera seperti pengisapan lendir dengan suction atau pemberian oksigen untuk membantu bernafas.

4.4.3 KALA III

- 1) Kaji TTV (TD, nadi, pernafasan, nadi),
- 2) kaji waktu pengeluaran plasenta,
- 3) kondisi selaput amnion,
- 4) kotiledon lengkap atau tidak.
- 5) Kaji kontraksi/HIS,
- 6) kaji perilaku terhadap nyeri,
- 7) skala nyeri,
- 8) tingkat kelelahan,
- 9) keinginan untuk bonding attachment,
- 10) Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

4.4.5 KALA IV

Pengkajian kala IV, dikaji selama 2 jam setelah plasenta lahir. Pada satu jam pertama, ibu dimonitoring setiap 15 menit sekali, dan jam kedua ibu dimonitoring setiap 30 menit. Adapun yang dimonitoring adalah, tekanan darah, nadi, kontraksi, kondisi vesika urinaria, jumlah perdarahan per vagina, intake cairan.

4.5 Perencanaan Keperawatan

4.5.1 KALA I

Contoh diagnose keperawatan yang mungkin muncul:

- 1) Nyeri b.d. peningkatan intensitas kontraksi, penurunan kepala ke rongga panggul, ditandai dengan: ibu mengeluh nyeri, tampak meringis dan kesakitan, frekuensi HIS terus meningkat.
- 2) Defisit volume cairan b.d penurunan intake cairan, ditandai dengan: balans yang tidak seimbang antara intake dan output, berkeringat, mengeluh haus, pengeluaran cairan pervaginam (air ketuban, lendir dan darah, mual muntah).

4.5.2 KALA II

Contoh diagnose keperawatan yang mungkin muncul:

Nyeri b.d. peningkatan intensitas kontraksi, mekanisme pengeluaran janin, ditandai dengan: ibu mengeluh nyeri, tampak meringis dan kesakitan.

4.5.3 KALA III

Gangguan bonding attachment b.d. kurangnya fasilitasi dari petugas kesehatan selama kala III, ditandai dengan: ibu menolak IMD, ibu lebih terfokus pada nyeri yang dialami, kurangnya support dari petugas kesehatan dan keluarga.

4.5.4 KALA IV

Risiko tinggi infeksi post partum b.d. luka perineum, ditandai dengan ibu takut BAK, vesika urinaria penuh.

4.6 Implementasi Keperawatan

4.6.1 KALA I

Tujuan: Klien dapat beradaptasi terhadap nyeri selama periode persalinan kala I, dengan kriteria: ibu tampak tenang diantara kontraksi, ekspresi wajah rileks, ibu mampu mengontrol nyeri, kemajuan persalinan sesuai dengan tahapan persalinan.

Intervensi:

- 1) Bantu dengan manajemen nyeri non farmakologi seperti penggunaan teknik relaksasi (teknik pernafasan dalam), massage bokong & rasional: teknik manajemen nyeri non farmakologi dapat memblok impuls nyeri dalam korteks serebral.
- 2) Berikan rasa nyaman selama di kamar bersalin (seperti membantu perubahan perubahan posisi, memenuhi kbutuhan dasar, perawatan perineal) & rasional: pemenuhan kebutuhan dasar, meningkatkan hygiene menciptakan perasaan sejahtera.

- 3) Fasilitasi klien dengan pendamping selama di kamar bersalin ☐ rasional: kehadiran suami/ keluarga secara psikologis dapat mengurangi stress dan meminimal intensitas nyeri HIS.
- 4) Anjurkan klien untuk berkemih tiap 1–2 jam ☐ rasional: kandung kemih bebas distensi, dapat meningkatkan kenyamanan, dan mempengaruhi penurunan janin.

Tujuan: klien menunjukkan kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi, dengan kriteria: mukosa bibir tidak kering, klien tidak haus, tidak ada mual muntah.

Intervensi:

- 1) Berikan cairan oral yang dapat ditoleransi oleh klien untuk memenuhi hidrasi yang adekuat ☐ rasional: kebutuhan cairan dapat terpenuhi
- 2) Pantau suhu, tiap 2 jam, observasi TTV ibu dan DJJ ☐ rasional: dehidrasi dapat meningkatkan suhu, TD, pernafasan, dan DJJ
- 3) Berikan cairan parenteral, sesuai indikasi ☐ rasional: membantu meningkatkan hidrasi dan dapat menyediakan kebutuhan elektrolit.

4.6.2 KALA II

Tujuan: ibu dapat beradaptasi dengan nyeri pada kala II, dengan criteria: ibu dapat mengedan dengan benar, ibu lebih tenang, ibu dapat beristirahat diantara kontraksi.

Intervensi:

- 1) Berikan tindakan kenyamanan seperti massage daerah punggung ☐ rasional: meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis.
- 2) Ajarkan klien/ pasangan untuk mengatur upaya mengedan dengan spontan, selama adanya kontraksi ☐ rasional: kemampuan klien untuk merasakan sensasi kontraksi, mengakibatkan proses mengejan efektif.
- 3) Bantu klien dalam memilih posisi optimal (seperti jongkok atau sim) ☐ rasional: posisi yang tepat

dengan relaksasi jaringan perineal mengoptimalkan upaya mengejan.

- 4) Anjurkan klien untuk berkemih tiap 1–2 jam ☐ rasional: kandung kemih bebas distensi, dapat meningkatkan kenyamanan, dan mempengaruhi penurunan janin.

4.6.3 KALA III

Tujuan: klien menunjukkan proses bonding attachment dapat berlangsung dengan baik, dengan criteria: IMD berlangsung minimal 1 jam, ibu berespon terhadap bayinya, adanya support dari keluarga dan petugas kesehatan.

Intervensi:

- 1) Berikan *informed consent* terhadap keluarga dan ibu tentang kesediaan penerapan IMD ☐ rasional: informed consent sebagai unsur legalitas, ibu menyetujui penerapan IMD.
- 2) Beri *reinforcement* pada ibu yang dapat menerapkan IMD sebagai awal bonding attachment.
- 3) Kaji kondisi fisik BBL untuk pelaksanaan *bonding attachment* ☐ rasional bayi sehat sebagai salah satu indikasi pelaksanaan IMD.

4.6.4 KALA IV

Tujuan: klien dapat terhindar dari risiko puerperium, dengan criteria: lochea berubah sesuai waktunya, TFU mengalami involusi secara progresif, cairan pervaginam tidak berbau, suhu antara 36–37.

Intervensi:

- 1) Lakukan prinsip aseptis dan antiseptis setiap melaksanakan intervensi keperawatan ☐ rasional: infeksi dapat disebabkan infeksi nosokomial dari petugas kesehatan.
- 2) Anjurkan ibu untuk sering mengganti pembalut setiap basah ☐ rasional: untuk mengurangi kondisi lingkungan lembab dan basah karena media baik untuk pertumbuhan dan perkembangan kuman.

- 3) Berikan nutrisi tinggi kalori tinggi protein
- 4) rasional: penyembuhan luka plasental bed di endometrium dipengaruhi oleh asupan nutrisi yang baik.
- 5) Evaluasi/ukur TFU tiap hari ☐ rasional: proses involusi uterus normal jika terjadi penurunan 1 cm/hari dan hari ke-7 uterus sudah tidak teraba.

4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan mengacu pada tujuan yang diharapkan dari setiap tindakan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Chapman, L. & Durham, R. 2010. *Maternal–Newborn Nursing: The Critical Component of Nursing Care*. Philadelphia: FA Davis Company.
- Bobak, I. & Lowdermilk, D. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. (edisi 4). Alih bahasa: Wijayarini, M. A. Jakarta: EGC.
- Kinzie, B. & Gomez, P. 2004. *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers*. JHPIEGO.
- Manurung, S. 2011. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Asuhan Keperawatan Intranatal*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Novita, R. 2011. *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D. & Wilson, D. 2010. *Maternal Child Nursing Care*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Pillitteri, A. 2003. *Maternal and Child Health Nursing Care of the Childbearing and Childrearing Family*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Reeder, S., Martin, L., & Griffin, D. 2011. *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga*. Vol 1. Alih bahasa Afiyanti, dkk. Jakarta: EGC
- Atin Karjatin. 2016. *Keperawatan Maternitas Kompreshensif*, Jakarta; Pusdik SDM Kesehatan.

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KOMPLIKASI INTRANATAL

Oleh M. Nur Dewi Kartikasari

5.1 Pendahuluan

World Health Organization (WHO) tahun 2017 menyatakan bahwa Angka kematian ibu (AKI) saat melahirkan sebesar 295.000. AKI di Indonesia tahun 2019 sebanyak 4.221 kasus dari 4.778.621 kelahiran hidup (Kemenkes R.I, 2020). Kondisi Indonesia saat ini belum meraih pencapaian AKI seperti yang ditargetkan. Usaha menurunkan AKI dengan pemberian pelayanan di Rumah Sakit dilakukan melalui Pelayanan Keperawatan Ibu dan Anak, salah satunya pelaksanaan asuhan keperawatan maternitas. Praktik pelayanan keperawatan pada maternitas meliputi pelayanan asuhan keperawatan pada periode antenatal, intranatal, postnatal, bayi baru lahir dan kesehatan reproduksi wanita dengan memperhatikan aspek bio-psiko-sosio-spiritual (Kemenkes R.I, 2015).

Asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan pada masa intranatal merupakan salah satu faktor determinan dari morbiditas dan mortalitas ibu karena persalinan yang disertai komplikasi. Hasil penelitian Simarmata *et al.*, (2012) menunjukkan bahwa prosentase kejadian komplikasi intranatal yang mengancam keselamatan ibu dan janin di Indonesia selama tahun 2005-2010 sebesar 47,8%. Salah satu upaya menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi yaitu melalui asuhan keperawatan persalinan yang diberikan secara optimal (Darmayanti, 2021).

5.2 Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian.

Yaitu langkah awal proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang runtut dari berbagai

sumber untuk melakukan evaluasi dan identifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian merupakan langkah penentu bagi langkah asuhan selanjutnya. Sebelum memperoleh data yang lengkap, dilakukan pengkajian dalam rangka pengumpulan data dasar pasien untuk menentukan kondisi ibu dan janin(Nursalam, 2017).

Data yang dikumpulkan pada langkah awal ini meliputi identitas pasien, data kesehatan, riwayat obstetrik dan ginekologi, riwayat penyakit, pola kebutuhan sehari-hari, pemeriksaan fisik berupa pemeriksaan keadaan umum, vital sign, dan pemeriksaan head to toe, serta pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium).

2. Diagnosis keperawatan.

Yaitu suatu penelitian klinis tentang reaksi klien terhadap persoalan kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang terkini/aktual ataupun yang potensial. Diagnosis keperawatan merupakan bagian penting untuk menetapkan asuhan keperawatan yang sesuai dan mencapai kesehatan yang optimal pada klien. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk melakukan identifikasi reaksi klien, keluarga dan komunitas terhadap situasi terkait kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan.

Yaitu semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk meraih luaran yang dikehendaki. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menggunakan cara pengklasifikasian yang serupa dengan klasifikasi SDKI yang terdiri dari tiga . Setiap intervensi keperawatan pada standar ini terdiri atas tiga unsur meliputi label, definisi, serta tindakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan.

Yaitu pelaksanaan dari rencana asuhan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pelaksanaan asuhan meliputi pengumpulan data yang berkesinambungan, observasi terhadap reaksi klien selama dan sesudah pemberian asuhan, serta evaluasi terhadap data baru yang muncul. Proses implementasi keperawatan berlangsung pada saat

fase pengimplementasian intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan asuhan keperawatan atas intervensi yang telah ditetapkan pada langkah perencanaan, lalu melakukan pencatatan hasil akhir asuhan dan reaksi klien (Kozier *et al.*, 2010).

5. Evaluasi keperawatan.

Langkah kelima dan terakhir dari asuhan keperawatan yang merupakan langkah penilaian terhadap asuhan yang telah direncanakan secara berkelanjutan dan terarah. Tujuan evaluasi asuhan yaitu untuk menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan, serta menilai keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier *et al.*, 2010). Pencatatan evaluasi keperawatan disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi subjektif (S), objektif (O), analisis masalah (A) pasien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang asuhan (P).

5.3 Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini yaitu pecahnya ketuban sebelum persalinan, dimana pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Ketuban pecah dini ditandai oleh perembesan cairan ketuban melalui jalan lahir yang berbau manis (tidak seperti bau amoniak), berwarna pucat, dan mengalir terus-menerus. Apabila posisi ibu duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah akan menghentikan aliran untuk sementara. Tanda-tanda infeksi yang dapat menyertai ketuban pecah dini yaitu demam, bercak vagina yang banyak, nyeri daerah perut, denyut jantung janin yang bertambah cepat (Rustam Mochtar, 2013).

Komplikasi yang menyertai ibu diantaranya infeksi intrapartal/dalam persalinan; infeksi *peurperalis*/ masa nifas; *dry labour*/partus lama; perdarahan *post partum*; dan meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC); serta meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas pada ibu.

Komplikasi pada janin antara lain terjadinya prematuritas (sindrom *distress* pernapasan, hipotermia, masalah pemberian

makanan neonatal), *retinopati premturit*, perdarahan *intraventrikuler*, *enterocolitis necroticing*, hiperbillirubinemia, anemia, sepsis, *prolapse funiculi*, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, *prolapse uteri*, persalinan lama, skor APGAR rendah, *ensefalopati*, gangguan otak dan risiko *celebral palsy* (perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom *deformitas* janin, *hypoplasia* paru, *deformitas* ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat), serta meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas bayi.

Tabel 1. Diagnosis Keperawatan dengan risiko infeksi

Masalah keperawatan	Risiko infeksi
Kategori	Lingkungan
Sub Kategori	Keamanan dan proteksi
Definisi	Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme pathogen
Faktor risiko	Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer
Kondisi klinis	Ketuban pecah sebelum waktunya

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

Tabel 2. Intervensi Asuhan Keperawatan pada Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini dalam mengatasi Risiko Infeksi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Risiko infeksi dengan penyebab ketidak-adekuatan pertahanan tubuh primer dibuktikan dengan ketuban pecah dini	a. Kontrol Risiko Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi risiko infeksi dengan kriteria hasil dapat meningkatkan : 1) Kemampuan dalam	a. Pencegahan Infeksi <u>Observasi</u> : mengawasi tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <u>Terapeutik</u> : Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dengan pasien dan lingkungan pasien <u>Edukasi</u> : menjelaskan tanda dan gejala infeksi b. Perawatan persalinan risiko tinggi <u>Observasi</u> : Identifikasi keadaan umum, vital sign,

Diagnosis Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	mengumpulkan informasi tentang faktor risiko 2) Kemampuan melakukan identifikasi faktor risiko 3) Kemampuan dalam mengidentifikasi perubahan status kesehatan 4) Kemampuan berpartisipasi dalam skrining risiko. b. Status Intrapartum Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status intrapartum mengalami perbaikan dengan kriteria hasil: Kontraksi uterus baik dari segi frekuensi, intensitas dan periode; Vital sign dalam batas normal	tanda-tanda inpartu, DJJ, letak janin, perdarahan postpartum. <u>Terapeutik</u>: menyiapkan peralatan yang dibutuhkan, meliputi monitor janin, ultrasound, mesin anestesi, alat resusitasi neonatal, forceps, dan penghangat bayi ekstra; memberikan dukungan dengan kehadiran keluarga untuk menemani pasien; menggunakan tindakan pencegahan universal; melakukan perineal scrub; memfasilitasi rotasi manual kepala janin dari oksiput posterior ke posisi anterior; memfasilitasi tindakan forceps atau ekstraksi vakum jika diperlukan; melakukan resusitasi neonatal, jika diperlukan; memfasilitasi ibu segera pulih dari anestesi jika diperlukan; memberikan motivasi bounding antara orang tua dengan bayi baru lahir segera setelah persalinan; melakukan dokumentasi asuhan. <u>Edukasi</u>: menjelaskan prosedur asuhan yang akan diberikan; menjelaskan karakteristik bayi baru lahir yang

Diagnosis Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		berhubungan dengan kelahiran risiko tinggi <u>Kolaborasi:</u> melakukan koordinasi dengan tim untuk <i>standby</i> dan kolaborasi pemberian anestesi pada ibu sesuai kebutuhan

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

Tabel 3. Evaluasi asuhan keperawatan pada ibu bersalin dengan ketuban pecah dini dalam mengatasi risiko infeksi

Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
Risiko infeksi dengan penyebab ketidak-adekuatan pertahanan tubuh primer dibuktikan dengan ketuban pecah dini	S (Subjektif) : Data yang didapatkan dari klien secara verbal: Pasien mengatakan tidak ada demam O (Objektif) : Data yang didapatkan dari klien secara non-verbal atau melalui observasi dan pemeriksaan perawat: cairan ketuban tidak berbau busuk; jumlah leukosit dalam batas normal A (Assessment) : Tindak lanjut dari implementasi asuhan apakah sudah terlaksana dengan baik dan diteruskan P (Planning) : mempertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai dengan baik; melanjutkan intervensi jika masih ada tujuan yang belum tercapai.

Sumber: Dinarti, Nurhaeni and Chaerani (2013)

5.4 Persalinan Prematur

Persalinan prematur yaitu persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Upaya penundaan persalinan prematur dilakukan dengan cara menahan kontraksi uterus dengan terapi tokolitik. Upaya penundaan proses persalinan prematur tanpa adanya ketuban pecah dini dapat dilakukan dalam waktu yang relatif lama sampai usia kehamilan diatas 34 minggu, jika dimungkinkan sampai mencapai 38 minggu (Winknjosastro, 2009).

Tabel 4. Upaya penundaan proses persalinan premature

Persalinan prematur dengan Ketuban pecah	Persalinan premature dengan ketuban intak	Keterangan
Usia kehamilan: < 34 minggu : Perhatikan kehamilan dengan risiko tinggi; Observasi ketat CHBP, terutama DJJ; Observasi temperature rektum	Usahakan untuk menunda proses persalinan sampai usia kehamilan mencapai >34-36 minggu; Berikan tokolitik; Berikan antibiotik untuk infeksi intrapartum.	Kasus pada ketuban pecah dini dengan usia kehamilan <34 minggu sulit untuk hidup sehingga abortus terapeutik dipertimbangkan untuk keselamatan ibu
Usia kehamilan >34 minggu : Berikan dexamethason; Berikan antibiotik dosis tinggi; Periksa fibronektin cairan serviks/pool cairan sekitar forniks	Usaha penundaan persalinan tetap dilakukan sampai usia kehamilan >34 minggu, sehingga janin dapat diselamatkan	Pada kehamilan 34 minggu dengan ketuban pecah dini di RS dengan fasilitas NICU dapat menyelamatkan bayi; dapat dilakukan induksi persalinan

5.5 Kehamilan Postmatur

Kehamilan postmatur yaitu kehamilan memanjang dan lewat bulan yang berlangsung lebih dari 42 minggu kehamilan. Definisi standar untuk kehamilan postdate yaitu 294 hari sesudah hari pertama haid terakhir (HPHT) atau sekitar 280 hari post ovulasi. Pemahaman tentang lama kehamilan dan kematangan janin tidak dinyatakan secara langsung sehingga digunakan istilah postdate tersebut. Kehamilan postdate meningkatkan risiko terjadinya cairan ketuban bercampur mekonium, sindrom aspirasi mekonium, distosia, dan kelahiran mati (Varney, 2010).

Pengelolaan kehamilan postmatur perlu mempertimbangkan beberapa hal, diantaranya:

1. Memastikan kehamilan telah terjadi lewat bulan sehingga dapat diberikan penatalaksanaan sesuai masalah.
2. Melakukan identifikasi kondisi janin dan hal-hal yang mengancam jiwa janin.
3. Memeriksa kematangan serviks menggunakan bishop score. Kematangan serviks tersebut berperan penting dalam pengelolaan kehamilan postmatur, yaitu untuk merencanakan tindakan induksi persalinan (Winknjosastro, 2009).

Induksi persalinan dapat meningkatkan risiko terjadinya fetal distress, infeksi, perdarahan dan sectio caesarea.

Tabel 5. asuhan keperawatan pada kehamilan postmatur

No	Perencanaan			
	Dx keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Resiko infeksi pada janin karena cairan ketuban bercampur mekonium	Sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam 1x24 jam, diharapkan tidak terjadi infeksi. Kriteria Hasil: Tidak terlihat	a. Lakukan perawatan perineal setiap 4 jam atau lebih sering jika ketuban sudah pecah; gunakan teknik aseptis	a. Membantu meningkatkan kebersihan; mencegah munculnya infeksi uterus dan risiko sepsis; b. VT yang dilakukan

No	Perencanaan			
	Dx keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		tanda-tanda infeksi (<i>rubor, color, tumor, dolor, fongsiolaesa</i>).	b. Catat waktu ketuban pecah. c. Lakukan VT (Vaginal Toucher) jika diperlukan dengan tetap menerapkan teknik aseptik. d. Observasi suhu, nadi dan leukosit.	berulang dapat meningkatkan risiko infeksi. c. Suhu, nadi dan leukosit yang tinggi merupakan tanda infeksi.
2.	Resiko cedera jika bayi makrosomia_ distosia bahu (apabila persalinan pervaginam)	Sesudah diberikan asuhan keperawatan dalam 1x24 jam diharapkan tidak terjadi trauma dan komplikasi dapat dicegah. Kriteria Hasil: tidak muncul cedera pada janin.	a. Kaji letak janin baik station dan presentasi. b. Observasi kemajuan persalinan dan penurunan kepala janin. c. Lihat warna cairan ketuban. d. Observasi proses kelahiran kepala; minta pasien bernafas pendek dan cepat saat kepala telah lahir.	a. Malpresentasi janin merupakan indikasi SC. b. Persalinan yang terlalu cepat dapat meningkatkan risiko trauma kepala janin. c. Air ketuban yang telah bercampur mekonium merupakan tanda fetal distress. d. Menurunkan kemungkinan trauma pada janin

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

5.6 Distosia

Distosia yaitu persalinan yang berlangsung lama dan lebih sulit karena ketidaknormalan faktor persalinan (Bobak, 2004 : 784). Penyebab distosia antara lain:

1. Kelainan faktor *power* : kontraksi yang muncul tidak normal dari segi kekuatan dan sifatnya.
2. Kelainan faktor *passage* : dapat terjadi karena kelainan bentuk panggul (perubahan bentuk karena penyakit pada tulang panggul, sendi panggul, atau kaki) maupun traktus genitalia (sektrum pada vagina, kanker, mioma atau kista).
3. Kelainan faktor *passage* : dapat disebabkan oleh kelainan letak janin (letak lintang atau sungsang) maupun bentuk dan ukuran janin (hidrocephalus, distosia bahu atau kembar siam).

Tabel 6. Asuhan keperawatan pada distosia

Dx keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
Gangguan rasa nyaman berupa nyeri karena partus lama, atau kontraksi yang tidak adekuat.	Kebutuhan rasa nyaman terpenuhi/ dengan rasa nyeri yang menurun. Kriteria hasil : Klien terlihat rileks, dan tidak merasa nyeri; kontraksi uterus baik; terdapat kemajuan persalinan.	a. Tentukan durasi, sifat dan lokasi nyeri; obsevasi his dan nyeri tekan abdomen. b. Kaji intensitas nyeri. c. Kaji stress dan reaksi emosional serta jelaskan kondisi dan prosedur tindakan. d. Siapkan lingkungan yang nyaman untuk mengurangi	a. Membantu penegakan diagnosa dan rencana tindakan. Tekanan serviks yang lama dapat memicu terjadinya nyeri. b. Ambang nyeri setiap pasien berbeda sehingga dapat diukur dengan skala nyeri. c. Reaksi cemas yang terjadi dapat menambah pasien tidak nyaman. d. Rasa nyeri

Dx keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
		nyeri. e. Beri dukungan emosional. Kolaborasi : e. Berikan sedativa sesuai advis dokter, dan Siapkan prosedur bedah jika ada indikasi.	dapat dikurangi dengan teknik relaksasi. e. Kehadiran keluarga akan menambah rasa nyaman. f. Terapi sedativa dapat mengurangi nyeri.
Risiko tinggi cedera janin karena partus lama maupun CPD.	Cidera janin bisa dicegah. Kriteria hasil : DJJ dalam batas normal; terdapat kemajuan persalinan	a. Lakukan palpasi leopold untuk mengetahui letak janin. b. Kaji DJJ secara manual atau dengan doppler/USG ; amati perubahan DJJ atas reaksi terhadap kontraksi. c. Amati kemajuan persalinan. d. Kaji infeksi perineum. e. Catat DJJ tiap 15' jika ketuban telah pecah.	a. Kelainan letak merupakan indikasi SC; atau persalinan pervaginam dengan intervensi khusus. b. DJJ normal 120-160 dengan variasi rata-rata, dan kecepatan terhadap reaksi ibu, gerakan janin dan his. c. Partus lama dengan fase laten memanjang akan melelahkan ibu, menambah stres dan risiko infeksi maupun perdarahan.

Dx keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
			d. Penyakit kelamin yang diderita ibu menjadi pertimbangan dilakukan SC. e. Ketuban pecah dini dapat meningkatkan risiko prolaps uteri.

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

5.7 Komplikasi Hemoragi Intrapartum

Perdarahan postpartum yaitu perdarahan Definisi perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang keluar setelah bayi lahir dalam jumlah banyak lebih dari 500 ml. Batasan operasional pada periode post partum yaitu setelah bayi lahir, yang juga termasuk dalam kala III persalinan (POGI et al., 2014).

Tabel 7. Penilaian klinis dalam penentuan penyebab perdarahan postpartum

Gejala dan Tanda	Penyulit	Diagnosa Kerja
Uterus lembek dan tidak berkontraksi; perdarahan segera setelah bayi lahir.	Syok; adanya pembekuan darah pada serviks atau aliran darah terhambat pada posisi terlentang.	Atonia uteri
Perdarahan segera setelah bayi lahir; plasenta lahir lengkap; uterus keras dan berkontraksi.	Lemah; pucat; dan menggigil.	Laserasi jalan lahir
Perdarahan segera setelah bayi lahir; uterus keras dan terjadi kontraksi; plasenta belum lahir setelah 30 menit.	Tali pusat terputus karena adanya traksi yang berlebih; inversio uteri karena adanya tarikan; perdarahan lanjut.	Retensio plasenta
Perdarahan segera setelah bayi lahir; plasenta atau sebagian selaput tidak lahir lengkap.	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	Retensio sisa plasenta

Tabel 8. Diagnosis keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Penyebab
Risiko Perdarahan	Perdarahan postpartum (atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir)
Kategori : Fisiologi	
Subkategori : Sirkulasi	
Definisi : Risiko perdarahan berarti berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)	

Sumber: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Tabel 9. Intervensi keperawatan gambaran asuhan keperawatan dengan risiko perdarahan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko perdarahan terkait dengan komplikasi postpartum (atonia uteri, laserasi jalan lahir, retensio plasenta).	Sesudah diberikan asuhan keperawatan selama ...x... diharapkan perdarahan berkurang. Kriteria hasil : SLKI Tingkat Perdarahan: meningkatnya kelembapan membran mukosa; menurunnya hematemesis dan hematuria; perdarahan pervagina berkurang; tekanan darah dan nadi normal.	SIKI Pencegahan Perdarahan: amati tanda dan gejala perdarahan; <u>Terapeutik:</u> pertahankan bed rest saat terjadi perdarahan; lakukan manajemen aktif kala III <u>Edukasi:</u> Jelaskan tanda dan gejala perdarahan. <u>Kolaborasi:</u> dalam pemberian tranfusi darah, jika diperlukan.

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019).

Tabel 10. evaluasi keperawatan gambaran asuhan keperawatan dengan risiko perdarahan

Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
Risiko perdarahan terkait dengan komplikasi postpartum (atonia uteri, laserasi jalan lahir, retensio plasenta).	S : Pasien mengetahui penyebab dan gejala perdarahan; dan mengatakan tidak mengalami gejala perdarahan. O : Tidak terdapat hematuria dan hematemesis; Tekanan darah normal (100-130/<80 mmHg); Perdarahan pervaginam normal (<500ml); Denyut nadi normal (60-100x/menit). A : Tujuan tercapai jika reaksi klien sesuai kriteria hasil; tujuan tidak tercapai jika reaksi klien tidak sesuai kriteria hasil. P : Pertahankan kondisi klien jika tujuan telah tercapai; dan lanjutkan intervensi jika tujuan belum tercapai.

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019)

5.8 Emboli Cairan Ketuban

Emboli cairan ketuban yaitu gangguan yang muncul ketika air ketuban dalam jumlah yang banyak masuk ke dalam aliran darah dengan tiba-tiba. Cairan ketuban yang mengandung kotoran akan menghalangi pembuluh darah dan mencairkan darah sehingga berpengaruh pada koagulasi. Cairan ketuban dapat masuk kedalam pembuluh darah melalui vena endocervical (yang bisa robek walaupun pada persalinan normal); dan daerah utero plasenta. Ruptur uteri meningkatkan risiko emboli; sedangkan terlepasnya plasenta merupakan situasi yang sering ditemukan, yang proses ini dapat mendahului atau beriringan dengan terjadinya emboli.

Rencana asuhan keperawatan:

1. Diagnosis : Perfusi jaringan karena penghentian aliran darah.

Rencana : periksa frekuensi dan irama jantung lalu catat; Observasi perubahan status mental; amati warna dan suhu kulit / membran mukosa; ukur nadi pada ekstremitas; serta lakukan kolaborasi untuk pemberian cairan IV / Oral sesuai indikasi.

2. Diagnosis : pola nafas tidak baik karena obstruksi trake bronkial pada pembekuan darah.

Rencana : periksa frekuensi, kedalaman respirasi dan ekspansi dada, catat upaya pernafasan termasuk pada pelebaran nasal; ukur bunyi nafas dan catat munculnya bunyi nafas adventisius misalnya mengi, krekels, dan gesekan pleural; bantu klien mengatasi kecemasan maupun rasa takut; kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen tambahan; bantu tindakan fisioterapi dada; dan bantu lakukan persiapan bronskopi.

3. Diagnosis: Kecemasan karena dispneu.

Rencana: catat tingkat kecemasan dan rasa takut, beri edukasi dan dukungan moral; lakukan pijatan pada punggung untuk memberikan kenyamanan; bantu klien untuk fokus dalam bernafas,, dan ajarkan teknik relaksasi; beri dukungan klien dalam menjelaskan kondisi khusus, misalnya waktu penyembuhan yang lama; bersiap siaga jika terjadi peningkatan disfungsi kardiopulmonal, misalnya: dyspneu dan takikardi yang memburuk.

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

5.9 Prolaps Tali Pusat

Prolapsus tali pusat terbagi menjadi 2 macam yaitu:

1. Tali pusat terkemuka : tali pusat yang terletak di samping atau lebih rendah dari bagian bawah janin sebelum ketuban pecah.
2. Tali pusat menumbung : tali pusat yang terletak di samping atau melewati bagian terbawah janin sesudah ketuban pecah.

Rencana asuhan keperawatan yang diberikan :

Diagnosa: Gangguan pertukaran gas karena perubahan aliran darah ke plasenta atau melalui tali pusat (prolaps).

Rencana : Perhatikan kematangan janin sesuai pengkajian data pada riwayat ibu dan palpasi leopold; lakukan pemeriksaan dalam dengan teknik aseptik; perhatikan letak dan presentasi janin; atur posisi ibu terlentang dengan kepala lebih rendah dari panggul yang ditopang menggunakan bantal; observasi DJJ dengan menggunakan doppler 15-20 menit sebelum dilakukan induksi;

lanjutkan observasi DJJ, amati perubahan denyut deselerasi pada saat dan sesudah his; amati warna dan jumlah cairan ketuban jika sudah pecah; kaji respons DJJ terhadap adanya kontraksi; amati adanya bradikardi; observasi reaksi jantung janin terhadap obat anestesi; evaluasi hasil amniosentesis, pelvimetri dan USG; siapkan dokter dan perawat intensif ruang neonatal saat terjadi kegawatdaruratan.

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Darmayanti, D. 2021. 'Pelayanan Maternal pada Periode Intranatal Di Rumah Sakit Tipe B Tahun 2019', *Syntax Idea*, 3(1), p. 39. doi:10.36418/syntax-idea.v3i1.931.
- Dinarti, R.A., Nurhaeni, H. and Chaerani, R. 2013. *Dokumentasi Keperawatan*. 2nd ed. Jakarta: TIM.
- Kemenkes R.I. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta.
- Kemenkes R.I (2020) *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019*. Jakarta.
- Kozier, B. et al. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan 1*. Pustaka Po. Jakarta: Badan Litbangkes-Kementerian Kesehatan RI. Available at: http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id:80/images/docs/Buku_ajar_fundamental_keperawatan_volume_1_001.jpg.jpg http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id:80/index.php?p=show_detail&id=3048.
- Nursalam. 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 4th ed. Edited by P. P Lestari. Jakarta: Salemba Medika.
- Rustam Mochtar. 2013. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Simarmata et al. 2012. 'Determinan kejadian komplikasi persalinan di Indonesia (analisis data sekunder survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2007)', *Indonesian Journal of Health Ecology*, 11(1).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Varney, H. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. 4th edn. Jakarta: EGC.
- Winknjosastro, H. 2009. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN IBU NIFAS FISIOLOGIS

Oleh Mustikawati

6.1 Pendahuluan

Asuhan keperawatan pada ibu nifas menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan tahapan sebagai berikut : pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi, kemudian didokumentasikan dengan jelas dan akurat.

Nifas adalah periode 6 (enam) minggu setelah melahirkan. Ini adalah waktu perubahan fisiologis pada ibu nifas untuk kembali pada keadaan tidak hamil dan penyesuaian terhadap keluarga baru, dalam bagian ini akan diuraikan tentang perubahan fisiologis dan psikologis pada ibu nifas kemudian apa yang perlu dikaji dari perubahan tersebut

6.2 Konsep Post Partum

6.2.1 Definisi *Post Partum*

Post partum adalah masa sesudah melahirkan atau persalinan. Masa beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat sampai minggu ke enam setelah melahirkan (Rose & Janet, 2018).

Masa post partum dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada masa sebelum hamil yang berlangsung kira-kira enam minggu, setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali kekeadaan yang normal pada saat sebelum hamil (Wahyuningsih, 2018)

6.2.2 Tahapan pada *Post Partum*

Menurut Wahyuningsih (2018) Masa ibu post partum dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi: kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu

2. Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini perawat memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini perawat tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB

Menurut Maritalia (2012) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

- a. *Puerperium dini*

Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

- b. *Puerperium intermedial*

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

- c. *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu *remote puerperium* berbeda untuk setiap ibu,

tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

6.2.3 Perubahan Fisiologis Post Partum

Menurut Wahyuningsih (2018), perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah masa nifas/post partum adalah:

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Involution uterus

Involution uterus adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil, baik dalam bentuk maupun posisi. Proses involution uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama TFU diatas simfisis pubis/ sekitar 12 cm. Proses ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm tiap harinya, sehingga pada hari ke-7 TFU sekitar 5 cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba di simfisis pubis (Cunningham, 2013).

Proses involution uterus menurut Yeti (2010) adalah sebagai berikut:

a) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterin. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengerusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

c) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 11. Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gr)	Keadaan Serviks
Uri Lahir	2 jari di bawah pusat	750	Lembek
Satu Minggu	Pertengahan pusat- simfisis	500	Beberapa hari setelah <i>postpartum</i> dapat dilalui 2 jari akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari.
Dua Minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	
Enam Minggu	Bertambah kecil	50-60	
Delapan Minggu	Sebesar normal	30	

Sumber: Walyani, 2017

b. *Endometrium*

Endometrium selaput lendir yang melapisi rahim, mengalami regenerasi setelah plasenta lahir, melalui proses nekrosis lapisan superfisial dari desidua basalis menjadi jaringan endometrium. Lochia yang keluar dari rahim mengalami perubahan dari waktu ke waktu mencerminkan tahap penyembuhan. Kontraksi

uterus menyempitkan pembuluh sekitar lokasi plasenta dan membantu mengurangi jumlah kehilangan darah.

Lokia keluar dari uterus setelah bayi lahir sampai dengan 3 atau 4 minggu setelah post partum, perubahan lokia terjadi dalam 3 tahap: lokia rubra, serosa dan alba.

Tabel 12. Tahap dan Karakteristik Lochia

Tahap	Waktu	Temuan yang diharapkan	Penyimpangan dari normal
Lochia rubra	Hari 1-3	• Darah dengan gumpalan kecil. • Sedang dengan jumlah sedikit. • Peningkatan jumlah lokia ketika berdiri dan menyusui. • Bau amis.	Darah dengan gumpalan besar Dalam waktu 15 menit pembalut penuh (tanda perdarahan) Bau busuk (tanda infeksi) Fragmen plasenta
Lochia serosa	Hari 4-10	• Merah muda atau warna coklat. • Jumlah sedikit. • Bau amis.	Kelanjutan dari tahap rubra setelah hari 4. Dalam waktu 15 menit pembalut penuh (tanda perdarahan) Bau busuk (tanda infeksi).
Lochia alba	Hari 10	• Kuning ke putih. • Jumlah sedikit. • Bau amis.	Darah merah terang (tanda postpartum perdarahan). Bau busuk (tanda infeksi).

Sumber : PPSDM

c. *Ovarium dan tuba falopi*

Setelah kelahiran plasenta produksi ekstrogen dan progesteron menurun sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari sirkulasi menstruasi. Pada saat inilah dimulai kembali proses ovulasi sehingga wanita dapat hamil kembali.

d. *Serviks*

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warnaserviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan- robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Mitayani, 2014).

e. *Vagina dan Perineum*

Pada sekitar minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap seperti ukuran sebelum hamil pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah melahirkan. Rugae akan terlihat kembali pada minggu ke-3 atau ke-4. Estrogen setelah melahirkan sangat berperan dalam penebalan mukosa vagina dan pembentukan rugae kembali. Perineum adalah daerah antara vulva dan anus. Biasanya setelah melahirkan, perineum menjadi agak bengkak/ oedema/ memar dan mungkin ada luka Jahitan bekas robekan atau episiotomy, yaitu sayatan untuk

memperluas pengeluaran bayi. Proses penyembuhan luka episiotomy sama seperti luka operasi lain. Perhatikan tanda-tanda infeksi pada luka episiotomi seperti nyeri, merah, panas, bengkak, atau keluar cairan tidak lazim. Penyembuhan luka biasanya berlangsung 2-3 minggu setelah melahirkan (Mitayani, 2012).

f. Payudara

Selama kehamilan, payudara mengalami perubahan dalam persiapan untuk menyusui. Sekitar hari ke 3 postpartum semua ibu menyusui maupun tidak menyusui mengalami pembengkakan payudara, payudara menjadi lebih besar, tegas, hangat, lembut, dan merasakan nyeri. Kolostrum cairan kekuningan mendahului produksi ASI, mengandung lebih tinggi protein dan rendah karbohidrat serta mengandung imunoglobulin G dan A yang memberikan perlindungan bagi bayi baru lahir selama beberapa minggu awal kehidupannya.

2. Sistem kekebalan

Ibu nifas umumnya mengalami peningkatan suhu tubuh selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini berkaitan dengan ibu banyak menggunakan tenaga ketika melahirkan bayi kemudian mengalami kelelahan, dehidrasi dan perubahan hormonal. Apabila suhu lebih dari 38°C setelah 24 jam pertama melahirkan, kemungkinan ada indikasi infeksi postpartum dan memerlukan pengkajian lebih lanjut.

3. Sistem pencernaan

Adanya penurunan tonus otot gastrointestinal dan motilitas usus setelah melahirkan dan fungsinya akan normal kembali dua minggu setelah melahirkan. Konstipasi, ibu postpartum beresiko sembelit karena:

- a) Penurunan motilitas GI.
- b) Penurunan aktivitas fisik.
- c) Banyak mengeluarkan cairan pada waktu melahirkan.
- d) Nyeri pada perineum dan trauma.

e) Wasir akan berkurang namun nyeri.

Setelah melahirkan ibu akan merasa lapar berikan diet biasa/makanan ringan, kecuali ibu mengalami penyakit tertentu seperti diabetes. Penurunan berat badan terjadi dalam 2 sampai 3 minggu nifas.

4. Sistem perkemihan

Distensi kandung kemih karena ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih, umumnya terjadi beberapa hari pertama setelah melahirkan. Hal ini terkait dengan penurunan sensasi atau edema sekitar uretra. Diuresis disebabkan oleh kadar estrogen dan oksitosin menurun, terjadi dalam waktu 12 jam setelah melahirkan dan membantu mengeluarkan kelebihan cairan. Perubahan sistem perkemihan Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada :

1. Keadaan/status sebelum persalinan
2. Lamanya partus kala II dilalui
3. Besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan. Disamping itu, dari hasil pemeriksaan sistokopik segera setelah persalinan tidak menunjukkan adanya edema dan hiperemia dinding kandung kemih, akan tetapi sering terjadi ekstrasvasasi. *extravasation*, artinya keluarnya darah dan pembuluh darah di dalam badan ke mukosa (Province of Manitoba, 2019).

5. Perubahan sistem endoktrin

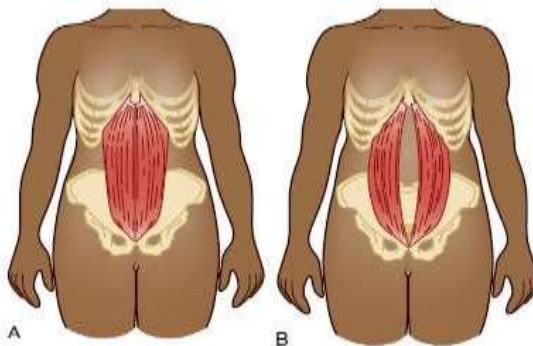
Saat plasenta terlepas dari dinding uterus kadar HCG (*hormone chorionic gonadotropin*) dan HPL (*hormone plasenta lactogenic*) secara berangsur turun dan normal kembali setelah 7 hari postpartum. HCG tidak terdapat dalam urine ibu hamil setelah 2 hari post partum. HPL tidak lagi terdapat dalam plasenta.

6. Perubahan sistem kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala 3 ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 post partum. Melahirkan melalui vagina kehilangan darah rata-rata 400 sampai 500 ml. Ini memiliki efek yang minimal karena pada waktu hamil terjadi *hypervolemia*. Ada peningkatan curah jantung selama beberapa jam pertama setelah melahirkan karena darah yang masuk melalui uteroplasenta kembali ke sistem maternal. Curah jantung akan kembali ke keadaan sebelum dalam waktu 48 jam. Sel darah putih akan meningkat menjadi 25000/ml dalam beberapa jam setelah melahirkan dan kembali normal dalam 7 hari. Ibu yang melahirkan berisiko trombosis terkait dengan peningkatan sirkulasi faktor pembekuan selama kehamilan. Faktor pembekuan lambat laun menurun setelah plasenta lahir dan kembali ke rentang normal 2 minggu nifas.

6.2.4 Perubahan Sistem Otot dan Saraf

Setelah melahirkan otot-otot perut mengalami kekenduran dan perut tampak lembut dan lembek. Beberapa wanita mengalami diastasis recti abdominis.



Gambar 12. Diastasis recti abdominis. A. Lokasi normal otot rectus abdomen. B. Diastasis recti. Terdapat pemisahan pada otot rectus

Ibu nifas mengalami nyeri otot karena banyak menggunakan tenaga ketika melahirkan. Sensasi saraf pada tubuh bagian bawah akan berkurang pada ibu yang melahirkan dengan anastesi epidural selama persalinan. Ambulasi dilakukan ketika sensasi sudah kembali maksimal.

6.2.5 Psikologis Post Partum

Kelahiran anggota baru bagi suatu keluarga yang memerlukan penyesuaian bagi ibu. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani, perubahan tersebut berupa perubahan pada emosi dan sosial. Adaptasi psikologis ini menjadi periode kerentanan pada ibu post partum, karena periode ini membutuhkan peran profesional kesehatan dan keluarga. Tanggung jawab ibu post partum akan bertambah dengan adanya kehadiran bayi yang baru lahir. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Inilah pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu pasca melahirkan agar ibu dapat leluasa menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayinya tidak hanya dari segi fisik seperti merawat tali pusat, menyusui, mengganti popok tetapi juga dari segi psikologis seperti menatap, mencium, menimang sehingga kasih sayang ibu dapat terus terjaga (Wahyuningsih, 2018).

Ketika menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase fase sebagai berikut :

a. Fase taking in

Fase taking in merupakan periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. *Fase taking in* adalah periode ketergantungan dimana pada saat tersebut, fokus perhatian ibu akan tertuju pada bayinya sendiri. Rubin menetapkan periode selama beberapa hari ini sebagai fase menerima dimana seorang ibu juga membutuhkan perlindungan serta perawatan yang bisa menyebabkan gangguan mood dalam

psikologi. Fase tersebut akan berlangsung antara 2 hingga 3 hari(Budiman *et al.*, 2020).

Rasa cemas, depresi dalam psikologi dan juga kenikmatan terhadap peran barunya tersebut terkadang juga semakin mempersempit persepsi seorang ibu sehingga informasi yang disampaikan pada saat tersebut kemungkinan harus diulang kembali. Beberapa rasa tidak nyaman yang biasa terjadi dalam masa ini diantaranya adalah sakit perut, nyeri di area luka jahitan jika ada, tidur tidak cukup dan kelelahan sehingga yang harus lebih diperhatikan dalam fase tersebut adalah banyak istirahat, komunikasi dan juga asupan nutrisi. Sedangkan untuk gangguan psikologis yang biasa dialami oleh ibu selama fase ini diantaranya yaitu rasa tidak nyaman karena perubahan fisik, rasa kecewa terhadap bayi, merasa tidak bersalah karena tidak dapat menyusui bayi dan kritik yang berasal dari suami atau keluarga tentang perawatan bayi(Budiman *et al.*, 2020).

b. Fase taking hold

Fase *taking hold* merupakan suatu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatirakan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu. Bagi petugas kesehatan pada fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu nifas(Taviyanda, 2019).

c. Fase letting go

Fase *letting go* merupakan periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk

memenuhi kebutuhan bayinya.Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya (Dewi, 2011).

6.2.6 PostpartumBlues

Postpartum blues, juga dikenal sebagai *baby blues*, terjadi selama minggu pertama postpartum, berlangsung selama beberapa hari, dan mempengaruhi mayoritas ibu. Selama periode ini, ibu merasa sedih dan mudah menangis tapi dia mampu merawat dirinya sendiri dan bayinya. *Penyebab postpartum blues* adalah: perubahan kadar hormon, kelelahan, stres mempunyai peran baru sebagai ibu. Tanda dan gejala postpartum blues adalah: kemarahan, kecemasan, perubahan suasana hati, kesedihan, menangis, kesulitan tidur, dan kesulitan makan.

6.2.7 Pengkajian Status Fisiologis Maternal

Untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian *post partum*, banyak perawat menggunakan istilah **BUBBLE-LE** yaitu termasuk Breast (payudara), Uterus (rahim), Bowel (fungsi usus), Bladder (kandung kemih), *Lochia* (lokia), Episiotomy (episiotomi/perinium), Lower Extremity (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi).

1. Tanda-tanda vital

Kaji tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu pada Ibu. Periksa tanda-tanda vital tersebut setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan atau sampai stabil, kemudian periksa setiap 30 menit untuk jam-jam berikutnya. Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanyainfeksi. Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan. Tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya perdarahan *post partum*.

- 1) **Tekanan darah**, normal yaitu < 140/90 mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari *post partum*. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami

peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari.

Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan *post partum*. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masanifas. Namun hal ini seperti itu jarang terjadi.

- 2) **Suhu**, suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38 C. Pada hari ke 4 setelah persalinan suhu Ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai lebih dari 38 C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.
 - 3) **Nadi**, nadi normal pada Ibu nifas adalah 60-100. Denyut Nadi Ibu akan melambat sampai sekitar 60 x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama *post partum*. Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110x/mnt. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.
 - 4) **Pernafasan**, pernafasan normal yaitu 20-30 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena Ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat *post partum* (> 30 x/mnt) mungkin karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok.
2. Kepala dan wajah
- 1) **Rambut**, melihat kebersihan rambut, warna rambut, dan kerontokan rambut.
 - 2) **Wajah**, adanya edema pada wajah atau tidak. Kaji adanya flek hitam.
 - 3) **Mata**, konjungtiva yang anemis menunjukkan adanya anemia kereanaperdarahan saat persalinan.

- 4) **Hidung**, kaji dan tanyakan pada ibu, apakah ibu menderita pilek atau sinusitis. Infeksi pada ibu *postpartum* dapat meningkatkan kebutuhan energi.
- 5) **Mulut dan gigi**, tanyakan pada ibu apakah ibu mengalami stomatitis, atau gigi yang berlubang. Gigi yang berlubang dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik.
- 6) **Leher**, kaji adanya pembesaran kelenjar limfe dan pembesaran kelenjar tiroid. Kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukkan adanya infeksi, ditunjang dengan adanya data yang lain seperti hipertermi, nyeri dan bengkak.
- 7) **Telinga**, kaji apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan pada telinga.

3. Pemeriksaan dada

1) Inspeksi payudara

- a. Kaji ukuran dan bentuk tidak berpengaruh terhadap produksi asi, perludiperhatikan bila ada kelainan, seperti pembesaran masif, gerakan yang tidak simetris pada perubahan posisi kontur atau permukaan.
- b. Kaji kondisi permukaan, permukaan yang tidak rata seperti adanya depresi, retraksi atau ada luka pada kulit payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor.
- c. Warna kulit, kaji adanya kemerahan pada kulit yang dapat menunjukkan adanya peradangan.

2) Palpasi Payudara

Pengkajian payudara selama masa post partum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan serta palpasi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada 1 sampai 2 hari pertama post partum, payudara tidak banyak berubah kecil kecuali sekresi kolostrum yang banyak. Ketika menyusui, perawat mengamati perubahan payudara,

menginspeksi puting dan areola apakah ada tanda tanda kemerahan dan pecah, serta menanyakan ke ibu apakah ada nyeri tekan. Payudara yang penuh dan bengkak akan menjadi lembut dan lebih nyaman setelah menyusui.

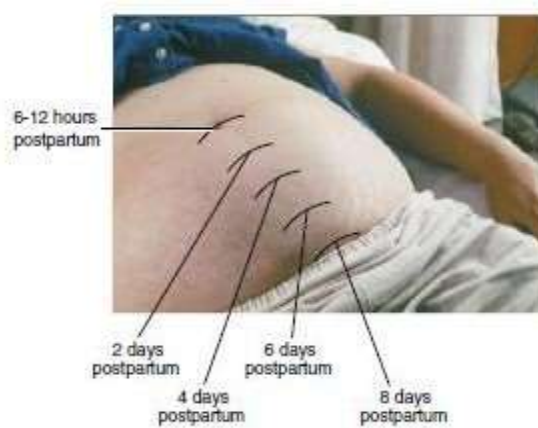
4. Pemeriksaan abdomen

1) Inspeksi Abdomen

- Kaji adakah striae dan linea alba.
- Kaji keadaan abdomen, apakah lembek atau keras. Abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat dimasase untuk merangsang kontraksi.

2) Palpasi Abdomen

- Fundus uteri Tinggi : Segera setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat
Hari ke 3 - 4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat
Hari ke 5 - 7 post partum TFU pertengahan pusat-symphysis
Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi.



Gambar 13. Lokasi fundus *post partum* Sumber : PPSDM

- **Kontraksi**, kontraksi lemah atau perut terasa lunak menunjukkan kontraksi uterus kurang maksimal sehingga memungkinkan terjadinya perdarahan.
- **Posisi**, posisi fundus apakah sentral atau lateral. Posisi lateral biasanya terdorong oleh bladder yang penuh.
- **Uterus**, setelah kelahiran plasenta, uterus menjadi massa jaringan yang hampir padat. Dinding belakang dan depan uterus yang tebal saling menutup, yang menyebabkan rongga bagian tengah merata. Ukuran uterus akan tetap sama selama 2 hari pertama setelah kelahiran, namun kemudian secara cepat ukurannya berkurang oleh involusi. (Martin, Reeder, G., Koniak, 2014).
- **Diastasis rektus abdominis** adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus jika dipalpasi "regangan ini menyerupai belah memanjang dari prosessus xiphoideus ke umbilikus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya. Diastasis ini tidak dapat menyatu kembali seperti sebelum hamil tetapi dapat

mendekat dengan memotivasi ibu untuk melakukan senam nifas. Cara memeriksa diastasis rektus abdominis adalah dengan meminta ibu untuk tidur terlentang tanpa bantal dan mengangkat kepala, tidak diganjal kemudian palpasi abdomen dari bawah prosessus xipioideus ke umbilikus kemudian ukur panjang dan lebar diastasis.

5. Keadaan kandung kemih

Kaji dengan palpasi kandungan urine di kandung kemih. Kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urine yang tertampung banyak dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus dikeluarkan.

6. Ekstremitas atas dan bawah

1). **Varises**, melihat apakah ibu mengalami varises atau tidak. Pemeriksaan varises sangat penting karena ibu setelah melahirkan mempunyai kecenderungan untuk mengalami varises pada beberapa pembuluh darahnya. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormonal.

2). **Edema**, Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif dan ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar. Refleks patella mintalah ibu duduk dengan tungkainya tergantung bebas dan jelaskan apa yang akan dilakukan. Rabalah tendon dibawah lutut/ patella. Dengan menggunakan hammer ketuklan rendon pada lutut bagian depan. Tungkai bawah akan bergerak

sedikit ketika tendon diketuk. Bila reflek lutut negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1. Bila gerakannya berlebihan dan capat maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi.

- 3). **Perineum**, kebersihan Perhatikan kebersihan perineum ibu. Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka. Serta adanya hemoroid derajat 1 normal untuk ibu hamil dan pasca persalinan.

- REEDA

REEDA adalah singkatan yang sering digunakan untuk menilai kondisi episiotomi atau laserasi perinium. REEDA singkatan (Redness / kemerahan, Edema, Ecchymosisekimosi, *Discharge*/keluaran, dan Approximate/perlekatan) pada luka episiotomy. Kemerahan dianggap normal pada episiotomi dan luka namun jika ada rasa sakit yang signifikan, diperlukan pengkajian lebih lanjut. Selanjutnya, edema berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka. Penggunaan kompres es (*icepacks*) selama periode pasca melahirkan umumnya disarankan.

- *Lochia*

Kaji jumlah, warna, konsistensi dan bau *lokhia* pada ibu *post partum*. Perubahan warna harus sesuai. Misalnya Ibu postpartum hari ke tujuh harus memiliki *lokhia* yang sudah berwarna merah muda atau keputihan. Jika warna *lokhia* masih merah maka ibu mengalami komplikasi postpartum. *Lokhia* yang berbau busuk yang dinamakan *Lokhia purulenta* menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

Lihat pembalut yang digunakan dan tentukan jumlah lochia yang keluar.



Gambar 14. Sangat sedikit : noda darah berukuran 2,5–5 cm = 10 ml.



Gambar 15. Sedikit : noda darah berukuran ≤ 10 cm = 10–25 ml.



Gambar 16. Sedang : noda darah < 15 cm = 25–25 ml.



Gambar 17. Banyak : Pembalut penuh = 50–80 ml.

- Varises

Perhatikan apakah terjadinya varises di dalam vagina dan vulva. Jika ada yang membuat perdarahan yang sangat hebat.

6.2.7 Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dapat menentukan diagnosa keperawatan sesuai dengan data yang diperoleh, di bawah ini ada beberapa.

Diagnosa Keperawatan menurut SDKI 2017 :

- 1) Nyeri akut bd agen pencedera fisik, lukaepisiotomi post partumspontan (D.0077)
- 2) Defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan karena laktasi (D.0019)

- 3) Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua (D.0080)
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan bd luka episiotomi perineum (D.0128)
- 5) Resiko infeksi bd luka episiotomi *post partum* spontan (D.0141)
- 6) Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi (D.0055)
- 7) Defisit pengetahuan bd kurang terpapar informasi tentang kesehatan masa *post partum*: (D.0110)
- 8) Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

6.2.8 Perencanaan Keperawatan

Tabel 13. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut bd agen pencedera fisik, luka episiotomi <i>post partum</i> spontan D.0077	NOC : Tingkat kenyamanan Kriteria Hasil : 1. Pasien melaporkan nyeri berkurang 2. Skala nyeri 2-3 3. Pasien tampak rileks 4. Pasien dapat istirahat dan tidur	NIC : 1.1 Kaji nyeri dengan komprehensif meliputi P Q R S T 1.2 Observasi reaksi verbal dan non verbal 1.3 Monitor tanda tanda vital 1.4 Kurangi faktor presipitasi nyeri 1.5 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 1.6 Tingkatkan istirahat
	5. Tanda tanda vital dalam batas normal	1.7 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat
Defisit nutrisi bd peningkatan kebutuhan karena laktasi D.0019	NOC : Nutritional Status : Food and Fluid intake Kriteria Hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	NIC : 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Monitor adanya penurunan BB dan gula darah 2.3 Monitor turgor kulit 2.4 Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht 2.5 Monitor mual dan muntah 2.6 Monitor pucat, kemerahan 2.7 Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 2.8 Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2.9 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan
Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi

Ansietas bd tanggung jawab menjadi orang tua D.0080	NOC : Anxiety control Coping Kriteria Hasil : 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas 3. Vital sign dalam batas normal 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	NIC : 3.1 Kaji pasien menggunakan pendekatan yang menenangkan 3.2 Identifikasi tingkat kecemasan 3.3 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3.4 Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 3.5 Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 3.6 Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 3.7 Dorong suami untuk menemani pasien 3.8 Dengarkan dengan penuh perhatian 3.9 Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
Gangguan integritas kulit bd luka episiotomi perineum D.0128	NOC : Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes Kriteria Hasil : 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi,	NIC : 4.1 Kaji lingkungan yang dapat menyebabkan tekanan pada kulit atau luka 4.2 Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien 4.3 Monitor status nutrisi pasien 4.4 Monitor kulit akan adanya

	pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Perfusi jaringan baik 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sdera berulang 5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan D.0029kan kelembaban kulit dan perawatan alami	kemerahan 4.5 Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 4.6 Hindari kerutan pada tempat tidur 4.7 Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4.8 Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 4.9 Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan
Resiko infeksi bd trauma jaringan D.0141 Diagnosa Keperawatan	NOC : Knowledge : Infection control Kriteria Hasil : 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta Tujuan dan kriteria hasil	NIC : 5.1 Kaji keadaan kulit, warna dan tekstur 5.2 Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 5.3 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5.4 Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan Intervensi
	penatalaksanaannya, 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat	5.5 Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 5.6 Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing 5.7 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawatan 5.8 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 5.9 Tingkatkan intake nutrisi 5.10 Berikan terapi antibiotik bila perlu
Gangguan pola tidur bd tanggung jawab memberi asuhan pada bayi D.0055	NOC : Sleep : Extent an Pattern Kriteria Hasil : 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	NIC : 6.1 Kaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur 6.2 Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur 6.3 Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam 6.4 Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien 6.5 Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 6.6 Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur 6.7 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 6.8 Ciptakan lingkungan yang nyaman

	5. Penyapihan Pemberian ASI 6. Diskontinuitas progresif pemberian ASI 7. Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI	
--	--	--

Sumber : SIKI, 2017

DAFTAR PUSTAKA

- Aggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Jogjakarta: PustakaRihana.
- Februanti Sofia. 2016. *Praktik Klinik Keperawatan Maternitas* Kementrian Kesehatan Republik indonesia Pusat Pendidikan sumber daya manusia kesehatan.
- Cunningham G, 2013. *Obstetri Williams*. Dialihbahasakan oleh Hartono Andry. Jakarta: EGC.
- Dewi V.N, 2011. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Hacker, Moore. 2005. *Esensial Obstetri dan Ginekologi Edisi 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Karjatin Atin. 2016. *Praktikum Keperawatan Maternitas* , Kementrian Kesehatan Republik indonesia Pusat Pendidikan sumber daya manusia kesehatan
- Martin, Reeder, G., Koniak. 2014. *Keperawatan Maternitas*, Volume 2. Jakarta:EGC
- Mitayani. 2012. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Maritalia. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sudirman, J., & Lubuk, N. 2020. *Pengaruh Senam Nifas Terhadap Proses Involusi Uteri Pada Ibu Postpartum* Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi danIndikator diagnostik. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Edisi 1). DPP PPNI.
- Taviyanda, D. 2019. *Adaptasi Psikologis Pada Ibu Post Partum Primigravida (Fase Taking Hold) Sectio Caesarea Dan Partus Normal*. Jurnal Penelitian Keperawatan, 5(1).<https://doi.org/10.32660/jurnal.v5i1.339>
- Wahyuningsih, Heni Puji. 2018. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat pendidikan sumberdaya manusia kesehatan.

Walyani, E. S. W dan Purwoastuti, E. 2017. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta. Pustaka baru press.

BAB 7

BABY BOOM DI MASA PANDEMI COVID 19

Oleh Putri Mahardika

7.1 Pendahuluan

Sejak akhir tahun 2019 World Health Organization menetapkan status pandemic Covid 19. Coronavirus disease 2019 atau yang lebih dikenal dengan Covid-19 merupakan penyakit yang sedang disebabkan oleh *virus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARSCOV2) (Hennyati, Hernawati and Wulan Anggriani, 2022). Virus yang merebak dari Wuhan, Tiongkok ini kemudian menyebar hampir ke seluruh dunia. Pandemi ini berdampak luas di dunia. Di Indonesia pandemi Covid-19 memberikan dampak pada ekonomi, sosial, politik, dan kesehatan. Saat ini di Indonesia lebih dari enam juta kasus di Indonesia terjadi menurut Satuan Tugas Penanganan COVID-19 (2020). Sehingga pemerintah menerapkan jaga jarak, pembatasan sosial, dan work from home sebagai langkah untuk memutus rantai penyebaran virus Covid-19.

Pada bidang kesehatan tidak hanya kasus covid-19 yang merebak tetapi juga meningkatnya kehamilan atau baby boom yang terjadi akibat adanya penerapan work from home. BKKBN memprediksi peningkatan angka kehamilan yang tidak direncanakan akan terjadi sehingga terjadi lonjakan kelahiran sebanyak 15% akan terjadi selama pembatasan sosial dan work from home (Hasanah *et al.*, 2021). Dan pada awal 2021 diperkirakan akan terjadi kelahiran empat juta bayi (Hennyati, Hernawati and Wulan Anggriani, 2022).

Masa pandemi Covid-19 pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan bekerja keras untuk menangani Covid-19. Namun di satu sisi karena pandemi ini menyebabkan keterbatasan pelayanan kesehatan. Adanya keterbatasan pelayanan kesehatan mengakibatkan pelayanan kesehatan menjadi selektif dalam

memberikan pelayanan. Tidak hanya itu pandemi juga menyebabkan terbatasnya akses perempuan usia subur dalam pelayanan keluarga berencana (Marjan Fuadi and Artikel, 2020).

Masalah *baby boom* atau ledakan kelahiran yang tidak direncanakan juga mengakibatkan kemiskinan keluarga baru karena penurunan stabilitas ekonomi nasional dan juga menghalangi anak-anak mendapatkan kelayakan 1000 hari pertama kelahiran, sehingga meningkatkan resiko terjadinya *stunting* (Litha, 2020).

7.2 Baby Boom

Baby boom atau ledakan kelahiran merupakan peningkatan jumlah kelahiran bayi dalam waktu singkat (Nuryana, 2020). Peningkatan kelahiran bayi ini terjadi pada pasangan yang sudah menikah lebih dari 10 tahun yang mengikuti program KB, dan bukan pada pasangan baru. Sehingga mengharapkan anak kedua, ketiga dan seterusnya (Suswandari *et al.*, 2020).

7.2 Penyebab Baby Boom

Pandemi Covid-19 menyebabkan pemerintah menerapkan pembatasan sosial skala besar (PSBB) sehingga banyak masyarakat yang melakukan aktivitas di rumah saja, mulai dari bekerja, sekolah, dan sebagainya. Selain itu juga adanya keterbatasan dalam pelayanan kesehatan termasuk dalam pelayanan keluarga berencana. Berikut merupakan penyebab dari *baby boom*, yaitu:

7.2.1 Unmet need keluarga berencana

Pasangan usia subur yang sudah menikah mengalami kesulitan dalam mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan sehingga tidak bisa melakukan kunjungan KB (Purwanti, 2021). Selain itu, banyak pasangan usia subur yang menunda kunjungan ke pelayanan kesehatan karena khawatir tertular virus Covid-19 (Suswandari *et al.*, 2020). Hal ini mengakibatkan *unmet need* penggunaan kontrasepsi.

7.2.2 Kekurangan alat pelindung diri yang dimiliki oleh fasilitas kesehatan

Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) mengakibatkan keterbatasan dalam penyaluran alat pelindung diri ke pelayanan kesehatan. Kurangnya alat pelindung diri di pelayanan kesehatan terutama di bidang praktek mandiri dan klinik menyebabkan banyak pelayanan kesehatan membatasi jumlah pasien dan jam pelayanan. Selain itu juga kurangnya sarana pendukung protokol pencegahan Covid-19, serta masih terbatasnya tenaga kesehatan yang mengetahui pedoman pelayanan KB di era pandemi Covid-19 (Purwanti, 2021).

7.2.3 Penurunan kegiatan konseling oleh penyuluh keluarga berencana

Aktivitas kegiatan konseling dan penyuluhan KB yang dilakukan oleh penyuluh KB berkurang karena adanya pembatasan sosial (Hennyati, Hernawati and Wulan Anggriani, 2022). Selain itu masih terbatasnya media komunikasi untuk konseling yang dipakai.

7.2.4 Peningkatan jumlah pasangan usia subur di masa pandemi

Peningkatan jumlah pasangan usia subur di masa pandemi ini diikuti dengan penurunan kepesertaan keluarga berencana. Adanya pandemi mengakibatkan keterbatasan dalam pelayanan, sehingga pasangan usia subur tidak dapat pemasangan kontrasepsi di pelayanan kesehatan (Hasanah *et al.*, 2021). Hal tersebut menjadi penyebab *baby boom* di Indonesia.

7.2.5 Penurunan daya beli masyarakat

Pandemi covid-19 berdampak pada ekonomi. Hal ini menyebabkan daya beli masyarakat menurun khususnya terhadap alat dan obat kontrasepsi. Pada pasangan usia subur yang memilih pelayanan KB di klinik atau bidang swasta ini menurun karena pandemi (Hennyati, Hernawati and Wulan Anggriani, 2022).

7.3 Dampak *Baby Boom*

Adapun dampak baby boom tidak hanya bagi kesehatan, tetapi juga bagi sosial ekonomi. Selain itu akibat dari ekonomi yang tidak stabil saat pandemi, *baby boom* atau kehamilan yang tidak direncanakan akan meningkatkan pertambahan penduduk dan angka kemiskinan. Dampak baby boom

Dampak *baby boom* antara lain:

7.3.1 Dampak pada kesehatan

a. Kesehatan Ibu

1) Malnutrisi pada ibu hamil

Dampak *baby boom* karena kehamilan tidak direncanakan serta pembatasan sosial di masa pandemi covid-19 mengakibatkan ibu tidak mempersiapkan kehamilan dengan baik sehingga pemenuhan nutrisi ibu hamil terganggu. Sehingga menyebabkan banyak ibu hamil mengalami anemia (Litha, 2020).

2) Perdarahan

Baby boom karena *unmet need* KB mengakibatkan jarak kehamilan yang dekat. Hal ini akan meningkatkan resiko perdarahan pada ibu saat hamil dan bersalin. Selain itu, menyebabkan persalinan prematur

3) Gangguan perkembangan janin

Pada masa pandemi terjadi pembatasan pelayanan kesehatan sehingga tidak banyak ibu hamil yang memeriksakan kesehatan dan kehamilannya ke pelayanan kesehatan sehingga menyebabkan tidak mengetahui perkembangan janinnya.

b. Kesehatan bayi

1) Stunting

Anemia karena malnutrisi pada ibu hamil tidak hanya mempengaruhi kesehatan ibu, tetapi juga mengakibatkan stunting pada janin.

2) Malnutrisi

Ledakan kehamilan yang tidak disertai laju ekonomi mengakibatkan keterbatasan keluarga

untuk memberikan makanan yang bergizi untuk anak.

3) Obesitas

Ketidakmampuan keluarga untuk memberikan makanan bergizi menyebabkan keluarga memberikan makanan olahan yang tinggi gula, garam, dan lemak tinggi karena harganya lebih murah (Litha, 2020).

7.3.2 Dampak Pada Sosial Ekonomi

a. Dampak Ekonomi

Ledakan pertumbuhan penduduk yang tidak disertai pertumbuhan ekonomi akan mengakibatkan pertumbuhan angka penduduk miskin. Pada anak-anak yang lahir dari orang tua yang bekerja di sektor informal akan merasakan penurunan pendapatan orang tua mereka akibat pandemi covid-19, sehingga akan mempengaruhi keadaan ekonomi dan kebutuhan pangan khususnya makanan bergizi bagi anak (Litha, 2020). Kekurangan gizi pada anak maupun pada ibu hamil juga akan mempengaruhi kualitas SDM Indonesia (*Lembaga Demografi : Atasi Ancaman Baby Boom Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia*, 2020)

b. Dampak Sosial

Apabila laju pertumbuhan penduduk tidak ditekan dengan program KB, dan tidak disertai dengan peningkatan laju ekonomi maka akan mengakibatkan peningkatan kebodohan karena peningkatan angka kemiskinan mengakibatkan sulitnya untuk meneruskan pendidikan anak (Suswandari *et al.*, 2020). Hal ini juga akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia.

Dampak sosial lainnya adalah peningkatan keintiman diantara anggota keluarga. Karena pandemi covid menyebabkan pembatasan aktivitas maka seluruh anggota keluarga melakukan aktivitas di rumah, seperti bekerja, sekolah dan kuliah dari rumah (Suswandari *et al.*, 2020). Hal ini dapat menyebabkan dampak positif dan negatif. Dampak positif dari keintiman keluarga adalah semakin meningkatnya kedekatan anggota keluarga, tetapi dampak

negatifnya adalah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan sehingga akan mempengaruhi ekonomi keluarga. Selain itu juga dapat meningkatkan resiko terjadi kekerasan dalam rumah tangga.

7.4 Upaya Pemerintah

Banyak upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk menekan *baby boom* pasca pandemi covid-19. Berkurangnya konseling KB berakibat peningkatan *unmet need* KB pada pasangan usia subur. Sehingga pemerintah melalui BKKBN berupaya meningkatkan pelayanan konseling, salah satunya dengan berinovasi dalam melakukan konseling. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah, meliputi:

7.4.1 Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Untuk Ibu Hamil

Kondisi pandemi Covid-19 menyebabkan pasangan usia subur menunda untuk pergi ke pelayanan kesehatan karena khawatir tertular virus covid-19. Keadaan ini menyebabkan pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik mengubah bentuk layanan kesehatan. Layanan konservatif yang dilakukan sebelum pandemi, diubah menjadi telekonseling. Sehingga pelayanan kesehatan untuk pasangan usia subur dapat optimal tanpa harus ke RS (Hasanah *et al.*, 2021).

7.4.2 Mendorong Telekonsultasi Dan Kunjungan Ke Rumah

Berdasarkan pedoman pelayanan antenatal bahwa ibu hamil sehat dapat melakukan telekonseling, dan melakukan ANC minimal 6 kali, yaitu dua kali pada trimester pertama, satu kali di trimester kedua, tiga kali di trimester ketiga. Pelayanan ANC ini meliputi skrining ibu hamil dan janin, perkembangan janin dengan menggunakan USG, serta skrining faktor resiko persalinan (Kemenkes RI, 2020).

Untuk penekanan *baby boom* pemerintah bersama BKKBN melakukan pengadaan sosialisasi dan konseling KB dengan telekonseling melalui media sosial dan media komunikasi daring, memberikan fasilitas jemput pasien ke rumah dan menurunkan kader-kader untuk jemput bola bagi pasangan usia subur yang

memerlukan layanan konseling KB (Hennyati, Hernawati and Wulan Anggriani, 2022).

7.4.3 Penyediaan SDM Layanan Kesehatan Khusus Ibu Dan Anak

Upaya pemerintah untuk meningkatkan jumlah tenaga kesehatan khususnya kader untuk melakukan layanan konseling KB. Selain itu juga pemerintah bersama BKKBN melakukan webinar dan pelatihan konseling KB dalam upaya meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan.

7.4.4 Perlindungan Dan Tes Covid-19 Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan garda terdepan dalam menghadapi pandemicovid-19, sehingga diperlukan perlindungan untuk tenaga kesehatan. Pemerintah meningkatkan penyaluran alat pelindung diri untuk tenaga kesehatan, serta mengutamakan pemberian vaksinasi untuk tenaga kesehatan.

7.5 Peran Perawat

Peran perawat dalam membantu menekan baby boom adalah sebagai edukator dan konselor bagi pasangan usia subur. Pemberian edukasi dan konseling untuk pasangan usia subur tentang kontrasepsi dan KB harus dilakukan sejak awal pernikahan agar pasangan dapat memahami dan memutuskan kontrasepsi apa yang akan dipakai.

Pemberian edukasi dan informasi dapat dilakukan melalui media sosial maupun secara langsung. Pemberian informasi harus menggunakan strategi komunikasi yang baik. Strategi komunikasi harus memiliki unsur logika pesan (Hasanah *et al.*, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Hasanah, K. *et al.* 2021. 'Strategi Komunikasi Program Keluarga Berencana Pada Communication Strategy of Family Planning Program During the Covid-19 Pandemic Period in Magelang Regency ', *Jurna PIKOM*, 22(2), pp. 119–132. Available at: https://jurnal.kominfo.go.id/index.php/jpkp/article/view/3434/pdf_1.
- Hennyati, S., Hernawati, Y. and Wulan Anggriani, M. 2022. 'Dampak Penurunan Jumlah Kunjungan KB terhadap Ancaman Baby Boom di Era Covid-19 PMP Bidan A Kabupaten Cianjur', *Jurnal Sehat Masada*, 16(1), pp. 18–26. doi: 10.38037/jsm.v16i1.259.
- Kemendes RI. 2020. *Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di Era Adaptasi Baru*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lembaga Demografi : Atasi Ancaman Baby Boom Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia. 2020. Available at: <https://www.feb.ui.ac.id/blog/2020/05/09/lembaga-demografi-atasi-ancaman-baby-boom/> (Accessed: 7 June 2022).
- Litha, Y. 2020. *Kemiskinan Akibat Pandemi Corona Picu Kerawanan Gizi Anak*. Available at: <https://www.voaindonesia.com/a/kemiskinan-akibat-pandemi-corona-picu-kerawanan-gizi-anak/5415460.html> (Accessed: 7 June 2022).
- Marjan Fuadi, T. and Artikel, I. 2020. 'Covid 19: Antara Angka Kematian dan Angka Kelahiran', *Jurnal Sosiologi Agama Indonesia (JSAI)*. Universitas Islam Negeri Ar-Raniry, 1(3), pp. 199–211. doi: 10.22373/JSAI.V1I3.767.
- Nuryana, D. 2020. *Knowledge Hub of Reproductive Health for Indonesia*. Available at: <https://rhknowledge.ui.ac.id/id/articles/detail/potensi-terjadinya-baby-boom-setelah-pandemi-covid-19-di-indonesia-3b0182> (Accessed: 6 June 2022).
- Purwanti, S. 2021. 'DAMPAK PENURUNAN JUMLAH KUNJUNGAN KB TERHADAP ANCAMAN BABY BOOM DI ERA COVID-19 PENDAHULUAN Salah satu permasalahan di suatu negara

adalah tingginya angka jumlah keluarga dengan masyarakat dan lingkungannya (UU No . 10 tahun 1992). Dengan tujuan terbent', XVI(2), pp. 105–118.

Satuan Tugas Penanganan COVID-19. 2020. *Peta Sebaran*.

Suswandari, M. *et al.* 2020. 'Baby Boom Dalam Perspektif Demografis dan Sosiologis', 13(1), pp. 76–87.

BAB 8

INTERVENSI KEPERAWATAN PADA IBU DAN BAYI TERKONFIRMASI COVID-19

Oleh Yunike

8.1 Pendahuluan

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang berada di garda terdepan dalam penanganan Covid-19. Penelitian (Aksoy & Koçak, 2020) di Turki melaporkan bahwa perawat dan bidan menunjukkan respons psikologis yang intens termasuk kecemasan, kegelisahan dan ketakutan serta kesulitan dalam menghadapi akibat COVID-19. Perawat yang bekerja di unit perawatan bersalin dan bayi baru lahir dapat mengalami peningkatan kecemasan karena mereka merawat langsung dua pasien yaitu ibu dan bayinya (Mediarti et al., 2021). Ibu hamil rentan terhadap infeksi virus dan berisiko mengalami kehamilan yang merugikan, termasuk kelahiran prematur, berat badan lahir rendah dan perawatan unit perawatan intensif neonatal (NICU) karena penyakit menular ini (Smith et al., 2020). Bayi rentan terhadap infeksi yang didapat dari faktor eksternal, hal ini dikarenakan sistem kekebalannya belum matang bayi lebih rentan terhadap infeksi yang didapat dari komunitas dan atau di rumah sakit, dan mungkin ada penularan vertikal selama kehamilan atau persalinan oleh ibu dengan konfirmasi atau suspek COVID-19 (Wang et al., 2020). Manifestasi klinis bayi baru lahir, terutama bayi prematur, dapat biasa-biasa saja dan tidak spesifik, membutuhkan pengamatan yang cermat.

Selain itu, COVID-19 telah menyebabkan tingkat kecemasan, depresi, dan kesakitan perinatal yang lebih tinggi pada wanita hamil (Brooks et al., 2020; Vazquez-Vazquez et al., 2021). Demikian pula, tinjauan sistematis menemukan bahwa pandemi telah secara signifikan meningkatkan risiko kecemasan selama kehamilan dan periode perinatal (Hessami et al., 2020). Lebih jauh lagi, hal itu telah

menghadirkan banyak tantangan untuk perawatan prenatal, persalinan dan perawatan neonatal (Mizrak Sahin & Kabakci, 2021). Pada tahap awal pandemi, terjadi kekurangan parah petugas kesehatan, alat pelindung diri (APD) dan ventilator di seluruh dunia (Cohen & Meulen, 2020; Kusumawaty et al., 2022). Misalnya, APD dan ruang isolasi bertekanan negatif dengan ruang depan yang diperlukan untuk pasien COVID-19 yang dikarantina mungkin diperlukan untuk merawat ibu atau bayinya. Kehamilan dan persalinan adalah peristiwa penting dalam hidup. Sebelum pandemi, perawatan yang berpusat pada keluarga untuk persalinan ditekankan.

Tinjauan sistematis menemukan bahwa keterlibatan pasangan secara positif memengaruhi depresi pascapersalinan (Yargawa & Leonardi-Bee, 2015). Namun, fasilitas kesehatan mulai membatasi pengunjung untuk membatasi penyebaran COVID-19 (Greene et al., 2020; Saiman et al., 2020). Satu studi melaporkan bahwa ibu hamil khawatir tentang kehadirannya saat melahirkan, risiko tertular COVID-19, dan dukungan menyusui (Karavadra et al., 2020; Kusumawaty et al., 2021)

Menyediakan layanan kesehatan bersalin yang aman selama pandemi sangat penting bagi para profesional kesehatan dan ibu. Namun, profesional kesehatan perawatan ibu dan bayi hanya mendapat sedikit perhatian, dan penelitian terutama berfokus pada dampak COVID-19 pada perawat, terutama dalam pengaturan perawatan akut (Li et al., 2019; Schroeder et al., 2020). Pemahaman yang lebih dalam tentang perubahan dan tantangan yang dihadapi perawat bersalin sangat penting untuk memandu upaya masa depan untuk mengoptimalkan asuhan keperawatan dan memfasilitasi layanan keperawatan berkualitas tinggi selama pandemi.

8.2 Penatalaksanaan Ibu Hamil dengan Suspect Covid-19

Penting untuk diingat bahwa semua pasien, terlepas dari status COVID-19, harus terus memantau tanda-tanda ibu dan/atau janin (misalnya penghitungan gerakan janin).

- a. Pada wanita yang terkena COVID-19 dengan kehamilan yang sedang berlangsung, pengawasan untuk pembatasan pertumbuhan janin menjadi penting di lakukan, mengingat perubahan plasenta akut dan kronis yang diamati dalam penelitian baru-baru ini
- b. Karena 47% kasus COVID-19 yang dilaporkan di antara wanita hamil mengalami persalinan prematur, wanita tersebut perlu dipantau secara lokal di unit bersalin mereka dengan transfer untuk melahirkan ke pusat dengan fasilitas perawatan intensif neonatal yang sesuai untuk persalinan.
- c. Diskusikan keseimbangan manfaat dan bahaya kortikosteroid dengan wanita tersebut untuk memastikan keputusan yang tepat. WHO merekomendasikan terapi kortikosteroid antenatal untuk wanita yang berisiko kelahiran prematur dari 24 hingga 34 minggu kehamilan ketika tidak ada bukti klinis korioamnionitis ibu, usia kehamilan dapat diandalkan, dan persalinan yang memadai serta perawatan bayi baru lahir tersedia.
- d. Gunakan masker dan pisahkan pasien dengan tanda-tanda COVID-19 (minimal 2 meter antara suspek dan pasien lain); melibatkan tim respons termasuk staf pencegahan dan pengendalian infeksi.
- e. Surveilans janin antepartum harus dilakukan sebagai bagian dari perawatan rutin terjadwal.
- f. Jika seseorang dan atau pendampingnya mengalami gejala di rumah, mereka harus disarankan untuk menghubungi puskesmas. Jika seseorang dan/atau pendampingnya mendapatkan hasil skrining positif pada salah satu gejala yang disebutkan dalam skrining, disarankan untuk:
 - 1) Triase dengan cepat
 - 2) Beri mereka masker standar medis untuk dipakai
 - 3) Tempatkan individu di ruang isolasi (misalnya klinik, triase atau ruang bersalin dengan pintu
 - 4) Bedakan tempat perawatan dengan pasien lain
- g. Gunakan tindakan pencegahan droplet atau kontak untuk semua penyedia layanan kesehatan, termasuk mengenakan prosedur masker bedah dengan pelindung mata (Sesuai dengan pedoman rumah sakit, penggunaan masker N95

(respirator) direkomendasikan dalam situasi yang menghasilkan aerosol seperti intubasi)

- h. Penyedia layanan perawatan maternitas dapat mempertimbangkan penundaan operasi caesar elektif, jika memungkinkan, sampai pasien tidak menunjukkan gejala.
- i. Keputusan untuk kelahiran Caesar didasarkan pada status ibu-janin sesuai rekomendasi obstetri
- j. Mengakses risiko klinis untuk komplikasi serius dari penyakit penyerta COVID-19 termasuk hipertensi, diabetes, asma, HIV, TBC, jantung, hati, paru-paru, ginjal, atau penyakit darah; penekanan kekebalan (Nigeria Centres for Disease Control and Prevention, 2020).

8.3 Intervensi perawatan pada ibu terkonfirmasi Covid-19

WHO merekomendasikan bahwa ibu yang diduga atau dikonfirmasi COVID-19 harus didorong untuk memulai atau melanjutkan menyusui. Ibu harus diberi konseling bahwa manfaat menyusui secara substansial lebih besar daripada potensi risiko penularan.

Ibu dan bayi harus diusahakan untuk tetap bersama selama di kamar sepanjang siang dan malam dan untuk mempraktekkan kontak kulit ke kulit, termasuk perawatan kanguru, terutama segera setelah lahir dan selama menyusui, baik mereka atau bayi mereka dicurigai atau terkonfirmasi COVID-19 (WHO, 2020).

Jika ibu memiliki gejala, masa isolasi berakhir setelah:

- a. 5 hari sejak gejala pertama kali muncul, dan 24 jam tanpa demam, tanpa obat penurun panas, dan Gejala COVID-19 lainnya membaik.
- b. Jika tidak pernah memiliki gejala, masa isolasi Anda berakhir setelah 5 hari berlalu sejak Anda dinyatakan positif COVID-19. Setelah masa isolasi berakhir, Anda tetap harus memakai masker hingga hari ke 10. Jika parah maka dipersilahkan merujuk ke "Karantina dan Isolasi" dan berkonsultasi dengan ahli kesehatan tentang kapan aman bagi Anda untuk mengakhiri masa isolasi ibu (CDC, 2022).

Menurut (Nigeria Centres for Disease Control and Prevention, 2020) hal yang perlu dilakukan pada ibu postpartum yaitu memprioritaskan kontak pertama (dalam 24 jam setelah melahirkan) dengan tindakan Pengendalian Pencegahan Infeksi yang memadai dan mengganti kontak berikutnya dalam kasus tanpa risiko dengan kunjungan rumah (bila memungkinkan), konsultasi jarak jauh dan konseling. WHO, UNICEF, ISUOG, RCOG dan ABM mempromosikan menyusui di pandemi COVID-19 ini tetapi dengan tindakan pencegahan khusus. Mereka juga memberikan dorongan untuk melkaukan perawatan *skin to skin*, terutama setelah lahir untuk memfasilitasi adaptasi mereka dengan dunia luar (menstabilkan suhu bayi, laju pernapasan, detak jantung, dan gula darah) dan pembentukan menyusui.

Namun, rekomendasi saat ini dalam pandemi ini dari *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), dan juga dari Chinese Pediatrics COVID-19 Working Group, harus dipertimbangkan, sebagai pilihan pertama, untuk memisahkan sementara ibu yang telah dikonfirmasi COVID -19 atau "ibu dalam penyelidikan", dari bayi baru lahir untuk mengurangi risiko penularan virus (CDC, 2020). Selama periode ini, mereka merekomendasikan pemerasan ASI dengan langkah-langkah kebersihan yang memadai, untuk mempertahankan laktasi setelah mereka berhubungan langsung dengan anak-anak mereka. Di sisi lain, masyarakat lain mengklaim bahwa dampak pemisahan ibu dan neonatus dapat mengakibatkan pemberian susu formula pada bayi.

Meskipun pandemi COVID-19, organisasi internasional terus mempromosikan menyusui. Pengalaman kami menunjukkan bahwa menyusui dianggap aman dengan tindakan infeksi dan pengendalian yang benar untuk mengurangi risiko penularan melalui tetesan dan kontak dengan sekret pernapasan antara ibu dan bayi. Ketika pemisahan ibu-bayi terjadi, pemberian makanan tambahan dengan ASI donor yang dipasteurisasi atau susu formula bayi mungkin efektif sampai menyusui dilanjutkan (Pereira et al., 2020).

Prinsip-prinsip manajemen ibu hamil dengan covid-19 setelah di tempatkan di ruang isolasi yaitu 1) isolasi awal; 2) penceahan infeksi; 3) terapi oksigen; 4) pemantauan janin dan kontraksi uterus dan 5) pemantauan intake output, balance

diuresis. Intervensi kolaborasi juga harus dapat dilakukan oleh perawat yaitu dengan Dokter ObGyn dan Spesialis penyakit dalam dalam tindakan pemberian antibiotik empiris dengan mempertimbangkan risikos ekunder akibat infeksi bakteri, pemberian ventilasi mekanis lebih dini apabila terjadi gangguan pernafasan yang progresif, pemeriksaan PCR 2x berturut-turut dan pemeriksaan marker infeksi penyerta lainnya. Perencanaan persalinan juga perlu di kolaborasikan perawat dengan berdasarkan pada pendekatan individual atau indikasi obstetri dan pendekatan berbasis tim dengan multidisiplin.

Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan Covid-19 dimulai dari melakukan pengkajian di IGD sampai pasien masuk ruangan perawatan secara berkesinambungan dengan tetap memperhatikan kondisi psikososial terkait kondisi yang dialami. Selanjutnya perawat menetapkan diagnosis keperawatan sesuai dengan acuan standar yaitu SDKI, dan menentukan luaran yang harus dicapai dengan merujuk pada SLKI dan menetapkan intervensi yang mengacu pada SIKI.

Diagnosa yang mungkin muncul pada ibu hamil dengan Covid-19 diantaranya bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas dan proses infeksi. Kondisi psikologis ibu hamil perlu diangkat menjadi diagnosa keperawatan agar dapat diberikan intervensi dan mencegah komplikasi, diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional dan ancaman kematian, dimana informasi dan kepercayaan ibu hamil pada perawat sangat mempengaruhi peneggakkan diagnosis ini.

Berdasarkan SLKI, 2018, luaran yang dapat dimasukkan dalam perencanaan ibu hamil dengan covid-19 yaitu bersihan jalan nafas efektif dalam 24 jam dengan kriteria ; kemampuan pasien untuk melakukan batuk efektif meningkat, sputum secara kuantitas berkurang dan sheezing menurun hingga tidak terdengar. Kondisi psikologis ibu diharapkan menjadi lebih baik dengan menetapkan luaran dalam 24 jam tingkat ansietas menurun yang ditandai dengan menurunnya kebingungan dan perasaan kuatir, ibu menunjukkan kondisi mulai tenang dan rileks dan tidak gelisah serta ketegangan yang ibu rasakan terlihat menurun.

Intervensi keperawatan dilakukan dengan berdasarkan pada SIKI tahun 2018(Yunike;Kusumawaty, 2021) untuk mengatasi diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif terdiri dari beberapa tindakan mandiri dan kolabratif yaitu manajemen jalan nafas dan manajemen isolasi. Risiko cedera pada janin direncanakan intervensi terkait pemantauan DJJ dan Gerak bayi dan untuk mengatasi nasietas ibu dengan intervensi redksi ansietas.

Manajemen jalan nafas terkait Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) untuk mengidentifikasi terjadinya hipoksia yang ditandai dengan adanya peningkatan frekuensi, kedalaman dan usaha napas. Monitor sekret (jumlah, warna, bau, konsistensi), perawat harus memmperhatikan tanda infeksi berupa secret tampak keruh dan berbau, sekret yang kental dapat meningkatkan hipoksemia dan hal ini mendandakan adanya dehidrasi. Selanjutnya monitor kemampuan batuk efektif untuk menilai kemampuan mengeluarkan sekret dan mempertahankan jalan napas tetap paten. Memberikan posisi semi-Fowler/Fowler agar pasien nyaman dan meningkatkan ekskursi diafragma dan ekspansi paru. Berikan minum hangat untuk memberikan efek ekspektorasi pada jalan napas, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik untuk mengeluarkan sekret jika batuk tidak efektif. Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak kontraindikasi, untuk meningkatkan aktivitas silia mengeluarkan sekret dan kondisi dehidrasi dapat meningkatkan viskositas sekret. Ajarkan teknik batuk efektif untuk memfasilitasi pengeluaran sekret. Terakhir lakukan klaborasi bronkodilator dan/atau mukolitik, jika ada indikasi.

Selanjtnya manajemen isolasi : Identifikasi pasien-pasien yang membutuhkan isolasi. Tindakan yang dapat dilakukan yaitu menempatkan satu pasien untuk satu kamar untuk, hal ini untuk menurunkan risiko terjadinya infeksi silang (cross infection). Memfasilitasi seluruh kebutuhan harian dan pemeriksaan sederhana di kamar pasien untuk meminimalkan mobilisasi pasien dan staf yang merawat pasien. Dekontaminasi alat-alat kesehatan sesegera mungkin setelah digunakan untuk menghilangkan virus yang mungkin menempel pada permukaan alat kesehatan. Berikan tindakan untk menjaga kebersihan tangan pada 5 moment, untuk menurunkan transmisi virus, pasang alat proteksi diri sesuai SPO

(mis. sarung tangan, masker N95, gown coverall, apron) untuk memutuskan transmisi virus kepada staf. Perawat dapat melepaskan alat proteksi diri segera setelah kontak dengan pasien untuk meminimalkan peluang terjadinya transmisi virus kepada staf. Minimalkan kontak dengan pasien, sesuai kebutuhan untuk menurunkan transmisi virus kepada staf yang merawat pasien. Menganjurka pasien untuk melakukan isolasi mandiri di rumah selama 14 hari (pada pasien tanpa gejala dan dengan gejala ringan) atau isolasi di rumah sakit Darurat Covid (pada pasien gejala sedang), atau isolasi di rumah sakit Rujukan (pada pasien gejala berat/kritis).

Kondisi psikologis pasien merupakan faktor yang sangat mempengaruhi kondisi pasien sehingga perlu dilakukan intervensi oleh perawat sesegera mungkin yaitu dengan mereduksi ansietas itu sendiri. Perawat harus memonitor tanda-tanda ansietas baik secara verbal dan non verbal. Covid dapat berkembang menjadi kondisi mengancam jiwa yang mengakibatkan kecemasan dan berdampak pada frekuensi dan kedalaman napas sehingga dapat mempengaruhi GDA. Perawat dapat menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan untuk meningkatkan dukungan keluarga dan memberikan keamanan/kenyamanan. Dengarkan pasien dengan penuh perhatian untuk mendorong keterbukaan dan perasaan diperhatikan. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan untuk meningkatkan stabilitas perasaan pasien. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. Berikan informasi yang adekuat dapat menurunkan kecemasan akibat ketidaktahuan. Menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan dan persepsi dengan tujuan memberikan kejelasan persepsi dan perasaan serta meningkatkan coping. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat untuk meningkatkan rasa pengendalian (sense of control) dan mekanisme coping. Latih teknik relaksasi untuk menurunkan stres dan ketegangan.

8.4 Transmisi Covid-19 ke Bayi Baru Lahir

Sejak kasus COVID-19 neonatal pertama yang dilaporkan pada Februari 2020 (Wang et al., 2020). Kekhawatiran tentang kemungkinan penularan vertikal SARS-CoV-2 telah diangkat (Cui et al., 2020; Kimberlin & Stagno, 2020). Laporan awal Tiongkok menunjukkan bahwa penularan vertikal SARS-CoV-2 tidak terjadi, karena cairan ketuban, lendir vagina, plasenta, tali pusat, darah tali pusat, dan spesimen tinja bayi yang diuji negatif untuk virus (Chen et al., 2020; Schwartz & Graham, 2020). Selain itu, usapan nasofaring dari bayi baru lahir ini segera setelah melahirkan adalah negatif. Selain itu, tidak ada laporan penularan vertikal selama wabah Sindrom Pernafasan Akut Parah (SARS) dan Sindrom Pernafasan Timur Tengah (MERS) karena virus corona yang secara genetik serupa.

Kemungkinan penularan vertikal diangkat oleh rangkaian kasus yang menggambarkan tiga bayi baru lahir dengan COVID-19 ringan onset dini dengan hasil positif dari tes reaksi berantai transkriptase-polimerase (RT-PCR) yang dilakukan pada hari kedua setelah lahir. Para penulis berpendapat bahwa karena prosedur pencegahan infeksi yang ketat digunakan selama persalinan, infeksi awal terjadi akibat transmisi vertikal. Namun, tidak jelas apakah tindakan isolasi dan pengendalian infeksi yang ketat berlanjut setelah melahirkan. Tes positif neonatus yang paling awal dilaporkan terjadi pada neonatus berusia 16 jam yang lahir dari ibu berventilasi mekanis dengan COVID-19 setelah persalinan sesar dengan isolasi langsung, pada usia kehamilan 33 minggu. Sementara tes positif awal berkaitan dengan infeksi vertikal, cairan ketuban, darah tali pusat, dan plasenta tidak diuji untuk virus, dan oleh karena itu penularan sekunder tidak dapat dikecualikan (Lu et al., 2020).

Dalam rangkaian kasus lain, pengujian serologis dari tujuh bayi baru lahir dengan paparan pascakelahiran terbatas (ibu yang melahirkan melalui operasi caesar memakai masker dan bayi baru lahir dengan cepat dipisahkan dari ibu mereka) menunjukkan adanya antibodi spesifik virus, termasuk tiga dengan tingkat IgM tinggi, meskipun virologi negatif. Pengujian ini mungkin menunjukkan bagian transplasenta dari SARS-CoV-2 karena IgM

tidak melewati plasenta, meskipun tes IgM sulit untuk ditafsirkan karena seringnya hasil positif palsu. Sementara transmisi postnatal ke bayi baru lahir kemungkinan besar, bukti saat ini tidak meyakinkan mengenai transmisi dalam rahim.

8.5 Intervensi Bayi terkonfirmasi Covid-19

Mempertimbangkan manifestasi klinis utama dari infeksi SARS-CoV-2, langkah-langkah intervensi keperawatan yang dilakukan di rumah sakit yaitu (Ding et al., 2022):

a. Pengendalian Infeksi

Strategi pengendalian infeksi menjadi poin utama yang disoroti dalam mencegah penularan infeksi COVID-19 atau SARS-CoV-2. Perawat memainkan peran penting dalam pencegahan infeksi dan kontrol melalui beberapa tindakan dalam praktik sehari-hari. Berbagai perubahan intervensi terjadi dalam perawatan pasien anak selama masa pandemi, namun penekanan rekomendasi yang telah dilakukan masih pada penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).

Tenaga kesehatan harus menggunakan APD dengan baik untuk melindungi diri dan mencegah terjadinya infeksi silang, sehingga pelatihan penggunaan APD perlu diberikan kepada petugas kesehatan (Tan *et al.*, 2020). Selain itu, perawat juga perlu mengikuti prinsip umum dalam mengelola pasien yang menjalani prosedur penghasil aerosol (AGP) saat melakukan AGP seperti kompresi dada, manajemen jalan napas, ventilasi, dan suction yang berisiko tinggi dari penularan infeksi. Penggunaan APD harus rasional sesuai dengan setting, personel, dan jenis kegiatan (Frauenfelder et al., 2020).

b. Pemantauan dan Perawatan Suhu Tubuh

Pengaturan perawatan neonatus sedang mengalami perubahan substansial. Sebelum COVID-19, rekomendasi (WHO, 2013) tentang waktu mandi pertama bayi baru lahir harus ditunda hingga 24 jam setelah lahir mengingat kejadian hipotermia pada bayi baru lahir. Hasil penelitian terbaru bahkan menyarankan untuk menunda mandi pertama hingga 48 jam setelah melahirkan untuk secara efektif menjaga suhu

tubuh bayi dan efektif menjaga kelembaban kulit yang dapat berdampak positif pada perkembangan kulit bayi (Klaiman et al., 2021). Tidak seperti selama COVID-19, bayi dimandikan segera setelah lahir untuk membersihkan partikel virus yang diperoleh dari paparan lingkungan.

Bayi yang baru lahir ditempatkan dalam inkubator untuk menjaga suhu tubuh mereka dalam kisaran suhu normal 36,5 °C hingga 37,5 °C. Mode pemantauan suhu diubah dari pemantauan suhu rektal ke pemantauan suhu kulit terus menerus untuk mengurangi penularan virus melalui kontak tinja.8 Selama rawat inap dari 26 bayi, 2 bayi mengalami demam selama fototerapi, dengan suhu tubuh 38,2°C dan 38,5 °C, masing-masing. Karena indikator infeksi, seperti protein C-reaktif darah, berada dalam kisaran normal, demam dianggap "demam palsu" yang disebabkan oleh fototerapi. Suhu tubuh pasien kembali ke kisaran normal dalam waktu setengah jam setelah penurunan suhu tubuh. suhu inkubator sebesar 0,5°C. Tidak ada bukti demam pada bayi lain.

c. Pemantauan dan Keperawatan Gejala Pernafasan

Gejala pernapasan adalah manifestasi khas COVID-19. Beberapa bayi memiliki gejala atipikal, seperti lesu dan sesak napas. Setelah masuk, laju pernapasan dan saturasi oksigen darah dari 26 bayi dipantau selama 24 jam menggunakan monitor elektrokardiogram. Bayi ditempatkan dalam posisi yang berbeda, dan posisi fisiologis tubuh terus didukung dan dipromosikan untuk menjaga agar saluran pernapasan tidak terhalang dan mempertahankan pernapasan yang efektif. Radiografi dada awal pada 2 bayi menunjukkan bayangan kecil, yang dianggap terkait dengan cairan ketuban inhalasi. Satu bayi prematur menunjukkan penurunan Spo2 (saturasi oksigen perifer) saat menyusu, Spo2 pulih secara spontan setelah pemberian makan dihentikan, dan tidak diperlukan bantuan pernapasan. Dua bayi prematur (masing-masing 31 dan 28 5/7 minggu) menerima ventilasi bantuan CPAP terus menerus pada usia 24 jam karena sesak napas, dispnea progresif, pelebaran alar hidung, tanda inhalasi 3-cekung, dan penurunan saturasi oksigen darah, yang terkait dengan perkembangan pusat pernapasan yang belum matang dan sindrom gangguan

pernapasan bayi baru lahir. Tidak ada sesak napas, sianosis pada bibir atau wajah, retraksi pernapasan, atau kesulitan bernapas yang diamati pada bayi lainnya. Ketika ventilasi bantuan CPAP diberikan, posisi tengkurap digunakan untuk meningkatkan ventilasi paru-paru pada 2 bayi prematur. Setelah auskultasi paru, suction dilakukan pada bayi prematur. Karena sekret pernapasannya kental dan kental, mereka diberi aerosolized Mucosolvan (Ambroxol) 15 mg dan Pulmicort (Budesonide) 0,5 mg dan menerima perkusi dada. Waktu pengobatan CPAP pada 2 bayi prematur masing-masing adalah 72 dan 510 jam, dan tidak ada ventilasi invasif yang digunakan. Namun, ketika ventilator invasif digunakan untuk menyedot dahak dari bayi, perlindungan tersier diterapkan. Penyedotan sistem tertutup inline digunakan untuk mengurangi gangguan ventilasi dan mencegah pengeluaran dahak dari jalan napas, sehingga meminimalkan kemungkinan infeksi.

d. Perawatan kulit

Umumnya, bayi dikeluarkan dari inkubator dan dimandikan saat kondisinya stabil. Pada penelitian ini digunakan inkubator sebagai pembatas, sehingga seluruh 26 bayi baru lahir diberi sponge bath di dalam inkubator. Telah dilaporkan bahwa bayi dengan COVID-19 hadir dengan gejala gastrointestinal seperti muntah dan diare. Diare tidak diamati pada 26 bayi dalam penelitian ini. Saat memberikan perawatan kulit bokong untuk bayi, popok yang menyerap dan lembut digunakan dan diganti setidaknya setiap 3 jam untuk menjaga kulit bokong tetap bersih dan kering.

e. Nutrisi dan Makanan

Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan bahwa bayi yang lahir dari ibu yang diduga, kemungkinan, atau dikonfirmasi COVID-19 harus diberi makan sesuai dengan Pedoman Pemberian Makanan Bayi Standar, sementara tindakan pencegahan pengendalian infeksi yang diperlukan harus diambil. Pusat Pengendalian Penyakit Amerika Serikat dan Pencegahan merekomendasikan agar ibu dengan COVID-19 yang dikonfirmasi untuk sementara memisahkan diri dari bayinya¹⁶; setelah melakukan kebersihan tangan dan saat mengenakan masker, mereka harus memeras ASI

menggunakan pompa ASI khusus. Sebaliknya, di rumah sakit kami, ASI sendiri tidak direkomendasikan untuk bayi dari ibu yang dicurigai atau dikonfirmasi terinfeksi dan kasus yang dikonfirmasi aktif; lebih tepatnya, dipasteurisasi. bayi diberi susu formula selama dirawat di rumah sakit. Berdasarkan tingkat keparahan penyakit, waktu inisiasi makan dan metode pemberian makan yang berbeda dipilih. Dua puluh empat bayi menerima makanan awal segera setelah masuk, dan 2 bayi prematur yang diobati dengan CPAP menerima makanan awal yang tertunda; bayi diberi makan secara oral pada jam ke-26 dan hari ke-7 setelah masuk, masing-masing. Saat memberi makan bayi, perlu kesabaran untuk mengamati apakah bayi menunjukkan susu tumpah atau tersedak dan apakah mereka mengalami muntah atau diare. Selama rawat inap dari 26 bayi baru lahir, tidak ada muntah, diare, atau bukti intoleransi makan.

f. Dukungan keluarga

Selama epidemi COVID-19, kunjungan ke bangsal neonatal ditanggguhkan. Jika kondisi memungkinkan, anggota keluarga dapat mengunjungi bayi hanya setelah pemantauan dan pemeriksaan yang seragam oleh rumah sakit, dan hanya anggota keluarga dengan hasil tes asam nukleat negatif yang bisa masuk rumah sakit untuk kunjungan. Tindakan ini juga mengakibatkan terbatasnya interaksi dan kontak antara orang tua dan bayi selama masa rawat inap. Konsultasi telepon dan pemberitahuan medis diberikan kepada orang tua.

Kelompok *WeChat* orang tua untuk bayi dalam penelitian ini dibentuk untuk menjawab pertanyaan, memberikan bimbingan, dan memberi tahu orang tua tentang kunjungan tindak lanjut. Selain itu, penerapan dukungan keluarga berbasis video cloud selama epidemi dieksplorasi. Setelah berkoordinasi dengan departemen informasi rumah sakit dan membangun jaringan komunikasi sementara, orang tua bayi dapat mengamati kondisi anak-anak mereka di rumah sakit secara real time dengan menggunakan aplikasi WeChat di ponsel mereka. Strategi dukungan keluarga yang individual dan efektif diberikan untuk meredakan stres dan kecemasan psikologis

orang tua yang disebabkan oleh COVID-19 dan perpisahan ibu-bayi.

Sementara COVID-19 umumnya memiliki perjalanan ringan pada bayi baru lahir dan anak-anak, penyakit ini terus berkembang dan telah menyebabkan morbiditas dan mortalitas utama di seluruh dunia. Meskipun penularan vertikal tidak mungkin terjadi, pemantauan neonatus yang lahir dari ibu dengan konfirmasi atau suspek COVID-19 sangat penting. Sementara banyak aspek perawatan tetap sama, praktik lain seperti kortikosteroid antenatal, DCC, pemisahan dan kunjungan, menyusui, manajemen saluran napas dan dukungan pernapasan, serta tindak lanjut neonatal telah terkena dampak COVID-19 (Amatya *et al.*, 2020).

Asuhan keperawatan pada janin dengan ibu terkonfirmasi cobit 19 merujuk pada tanda dan gejala yang di alami oleh ibu dan tanda yang di dapat dari hasil pemeriksaan bayi yaitu DJJ dan gerakan janin. Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah adanya risiko cidera pada janin yang di hubungkan dengan masalah kontraksi dan usia ibu jika dalam rentan berisiko yaitu dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun. Luaran yang dapat ditegakkan yaitu dalam 24 jam resiko tingkat cidera menurun dengan kriteria hasil pergerakan janin aktif dan frekuensi denyut jantung janin berkisar diantara 120-160 x/ menit.

Intervensi yang dapat direncanakankan untuk mencegah resiko menjadidi aktual pada diagnosa terkait janin adalah dengan pemantau DJJ dan gerak janin meliputi beberapa tindakan mandiri dan kolaborasi perawat. Identifikasi status dan riwayat obstetrik untuk mengetahui penanganan apa saja yang pernah diberikan terhadap pasien terkait kondisi hamil sebelumnya. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet tertentu meminimalisir pemberian obat berlebih dan untuk memantau efek samping obat yang dikonsumsi sebelumnya. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya mengidentifikasi kondisi janin sepanjang kehamilan. Periksa DJJ selama 1 menit memastikan janin memiliki denyut jantung yang teratur. Monitor gerak janin dan hitung gerak janin Monitor DJJ berkala memonitor kesejahteraan janin dalam kandungan. Monitor tanda vital Ibu mengidentifikasi kesesuaian kondisi ibu dengan janin. Perawat dapat mengatur posisi Ibu

meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi keakuratan pemeriksaan. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan untuk meningkatkan kepercayaan dan keterlibatan pasien dalam rangka pemantauan janin. Informasikan hasil pemantauan jika diperlukan, meningkatkan kenyamanan dan rasa percaya pasien terhadap perawatan yang diberikan. Perawat dapat melakukan kolaborasi pemeriksaan CTG jika ada indikasi.

8.6 Rangkuman

Penatalaksanaan ibu hamil yang terkonfirmasi Covid-19 harus memperhatikan keselamatan ibu dan bayi. Manajemen intervensi keperawatan yang dilakukan di rumah sakit merujuk pada gejala dan keluhan baik secara fisik atau psikologis yang merujuk pada ketentuan di Indonesia yaitu buku SDKI, SLKI dan SIKI dan penatalaksanaan secara umum yang telah ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aksoy, Y. E., & Koçak, V. 2020. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.011>
- Amatya, S., Corr, T. E., Gandhi, C. K., Glass, K. M., Kresch, M. J., Muijsce, D. J., Oji-Mmuo, C. N., Mola, S. J., Murray, Y. L., Palmer, T. W., Singh, M., Fricchione, A., Arnold, J., Prentice, D., Bridgeman, C. R., Smith, B. M., Gavigan, P. J., Ericson, J. E., Miller, J. R., ... Kaiser, J. R. 2020. Management of newborns exposed to mothers with confirmed or suspected COVID-19. *Journal of Perinatology*, 40(7), 987–996. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0695-0>
- Brooks, S. K., Weston, D., & Greenberg, N. (2020). Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: rapid evidence review. *Public Health*, 189, 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.09.006>
- CDC. 2020. *Interim Guidance on Breastfeeding for a Mother Confirmed or Under Investigation For COVID-19*.
- CDC. 2022. *Breastfeeding and Caring for Newborns if You Have COVID-19*. CDC.
- Chen, R., Zhang, Y., Huang, L., Cheng, B. heng, Xia, Z. yuan, & Meng, Q. tao. 2020. Safety and efficacy of different anesthetic regimens for parturients with COVID-19 undergoing Cesarean delivery: a case series of 17 patients. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(6), 655–663. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01630-7>
- Cohen, J., & Meulen, Y. Van Der. 2020. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information. *Preventative Medicine*, 141(January).
- Cui, Y., Tian, M., Huang, D., Wang, X., Yuying, Huang, Fan, L., Wang, L., Chen, Y., Liu, W., Zhang, K., Wu, Y., Yang, Z., Tao, J., Feng, J., Liu, K., Ye, X., Wang, R., Zhang, X., & Zha, Y. 2020. A 55-Day-Old Female Infant infected with COVID 19: presenting with

- pneumonia, liver injury, and heart damage. *Oxford University Press*, 1–7.
- Ding, L., Xiong, X., Yu, G., Li, C., Wang, H., Yang, Y., Wu, S., Cai, X., & Harris-Haman, P. A. 2022. Nursing Care of 26 Infants Born to Mothers with COVID-19. *Advances in Neonatal Care*, 22(1), 15–21. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000958>
- Frauenfelder, C., Butler, C., Hartley, B., Cochrane, L., Jephson, C., Nash, R., Hewitt, R., Albert, D., Wyatt, M., & Hall, A. 2020. Practical insights for paediatric otolaryngology surgical cases and performing microlaryngobronchoscopy during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 134(March), 110030. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110030>
- Greene, N. H., Kilpatrick, S. J., Wong, M. S., Ozimek, J. A., & Naqvi, M. 2020. Impact of labor and delivery unit policy modifications on maternal and neonatal outcomes during the coronavirus disease 2019 pandemic. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* MFM, 2(4), 100234. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100234>
- Hessami, K., Romanelli, C., Chiurazzi, M., & Cozzolino, M. 2020. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1843155>
- Karavadra, B., Stockl, A., Prosser-Snelling, E., Simpson, P., & Morris, E. 2020. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: A qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2>
- Kimberlin, D. W., & Stagno, S. 2020. Can SARS-coV-2 Infection Be Acquired in Utero? *JAMA - Journal of the American Medical Association*. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1006561>
- Klaiman, T., Silvestri, J. A., Srinivasan, T., Szymanski, S., Tran, T., Oredeko, F., Sjoding, M. W., Fuchs, B. D., Maillie, S., Jablonski, J., Lane-Fall, M. B., & Kerlin, M. P. 2021. Improving prone positioning for severe acute respiratory distress syndrome during the covid-19 pandemic an implementation-mapping

- approach. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(2), 300–307. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202005-5710C>
- Kusumawaty, I., Suzanna, S., Yunike, Y., Marlinda, M., & Upoyo, A. S. 2022. Female Nurses' Experience of Psychological Changes when Caring COVID-19 Patients in Indonesia: A Qualitative Study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(G), 279–285. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8654>
- Kusumawaty, I., Yunike, Jawiah, & Rehana. 2021. Family resilience in caring for drug addiction. *Gaceta Sanitaria*, 35, S491–S494. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.079>
- Li, E., Chi, H., Huang, P., Yan, F., Zhang, Y., Liu, C., Wang, Z., Li, G., Zhang, S., Mo, R., Jin, H., Wang, H., Feng, N., Wang, J., Bi, Y., Wang, T., Sun, W., Gao, Y., Zhao, Y., ... Xia, X. 2019. A novel bacterium-like particle vaccine displaying the MERS-CoV receptor-binding domain induces specific mucosal and systemic immune responses in mice. *Viruses*, 11(9). <https://doi.org/10.3390/v11090799>
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., Wang, W., Song, H., Huang, B., Zhu, N., Bi, Y., Ma, X., Zhan, F., Wang, L., Hu, T., Zhou, H., Hu, Z., Zhou, W., Zhao, L., ... Tan, W. 2020. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*, 395(10224), 565–574. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
- Mediarti, D., Kusumawaty, I., Yunike, & Oktarina, R. 2021. What Are the Facts in Online Nursing Education During the Covid-19 Pandemic? *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521(ICoHSST 2020), 62–67. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.015>
- Mizrak Sahin, B., & Kabakci, E. N. 2021. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*, 34(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.022>
- Nigeria Centres for Disease Control and Prevention. 2020. *Guidelines for Pregnant Women and Nursing mothers*.

- Pereira, A., Cruz-Melguizo, S., Adrien, M., Fuentes, L., Marin, E., Forti, A., & Perez-Medina, T. 2020. Breastfeeding mothers with COVID-19 infection: A case series. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00314-8>
- Saiman, L., Acker, K. P., Dumitru, D., Messina, M., Johnson, C., Zachariah, P., Abreu, W., Saslaw, M., Keown, M. K., Hanft, E., Liao, G., Johnson, D., Robinson, K., Streltsova, S., Valderrama, N., Markan, A., Rosado, M., Krishnamurthy, G., Sahni, R., ... Goffman, D. 2020. Infection prevention and control for labor and delivery, well baby nurseries, and neonatal intensive care units. *Seminars in Perinatology*, 44(7), 151320. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151320>
- Schroeder, K., Norful, A. A., Travers, J., & Aliyu, S. 2020. Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2(August), 100006. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100006>
- Schwartz, D. A., & Graham, A. L. 2020. Potential maternal and infant outcomes from coronavirus 2019-NCOV (SARS-CoV-2) infecting pregnant women: Lessons from SARS, MERS, and other human coronavirus infections. *Viruses*, 12(2), 1–16. <https://doi.org/10.3390/v12020194>
- Smith, V., Seo, D., Warty, R., Payne, O., Salih, M., Chin, K. L., Ofori-Asenso, R., Krishnan, S., Da Silva Costa, F., Vollenhoven, B., & Wallace, E. 2020. Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(6), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234187>
- Tan, W., Ye, Y., Yang, Y., Chen, Z., Yang, X., Zhu, C., Chen, D., Tan, J., & Zhen, C. 2020. Whole-Process Emergency Training of Personal Protective Equipment Helps Healthcare Workers against COVID-19: Design and Effect. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(6), 420–423. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001877>
- Vazquez-Vazquez, A., Dib, S., Rougeaux, E., Wells, J. C., & Fewtrell, M. S. 2021. The impact of the Covid-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK:

- Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite*, 156(September), 104985. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104985>
- Wang, L., Shi, Y., Xiao, T., Fu, J., Feng, X., Mu, D., Feng, Q., Hei, M., Hu, X., Li, Z., Lu, G., Tang, Z., Wang, Y., Wang, C., Xia, S., Xu, J., Yang, Y., Yang, J., Zeng, M., ... Working Committee on Perinatal, on behalf of the. 2020. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). *Annals of Translational Medicine*, 8(3), 47–47. <https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.20>
- WHO. 2013. *Counselling for Maternal and Newborn Health Care*.
- WHO. 2020. *Breastfeeding and COVID-19*. 204(9), e140–e141. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.09.030>
- Yargawa, J., & Leonardi-Bee, J. 2015. Male involvement and maternal health outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 604–612. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204784>
- Yunike;Kusumawaty, I. dkk. 2021. *Ilmu Keperawatan Dan Kesehatan: Tindakan Suction*. Media Sains Indonesia. <https://ayipsyarifudin.blogspot.com/2011/06/tindakan-suction.html>

BAB 9

VAKSIN COVID-19 PADA PERIODE PERINATAL

Oleh Ira Kusumawaty

9.1 Pendahuluan

Kehamilan dan persalinan dapat mempengaruhi kesehatan wanita, dengan banyak morbiditas fisik (Schytt & Hildingsson, 2011). Sejak awal pandemi penyakit coronavirus 2019 (COVID 19) hingga Desember 2021, lebih dari 24. 400 orang hamil telah dirawat di rumah sakit Amerika Serikat karena COVID-19, tetapi vaksinasi perinatal terhadap COVID-19 masih rendah. Secara tidak proporsional, risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu hamil dan ibu nifas lebih besar karena COVID-19 (Blakeway *et al.*, 2022).

Vaksinasi ibu bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh infeksi (UNICEF, 2019). Tingkat vaksinasi yang sangat rendah pada ibu hamil dari beberapa kelompok ras/etnis menyoroti kesenjangan perawatan kesehatan yang sudah ada sebelumnya dan berpotensi adanya masalah vaksinasi yang unik di antara beberapa kelompok. Terlepas dari signifikansinya bagi kesehatan masyarakat, pemahaman berbasis bukti tentang bagaimana dan mengapa ibu hamil dan nifas kurang menerima vaksin COVID-19. Selain itu, keraguan mengenai vaksin COVID-19 mungkin lebih besar, kurang percaya terhadap tenaga medis karena banyak informasi HOAX menjadi masalah besar (Anderson *et al.*, 2022).

Penggunaan vaksin untuk melindungi ibu hamil dan bayi baru lahir dari penyakit menular sangat penting dalam perawatan antenatal rutin. Keamanan dan efektivitas vaksin COVID-19 selama kehamilan menjadi perhatian khusus yang mempengaruhi pengambilan vaksinasi oleh kelompok rentan ini (Prasad *et al.*, 2022). Alasan utama keraguan adalah ketidakpercayaan terhadap vaksin, kekhawatiran tentang kemungkinan efek berbahaya dari vaksin, dan ketidakpercayaan terhadap sistem kesehatan

masyarakat. (Kusumawaty, Ira; Yunike; Sheilalia, Salsabila; Oktarina, 2020; Salmon *et al.*, 2015; Widjaja *et al.*, 2021)

9.2 Periode Perinatal

Periode perinatal adalah periode yang berkaitan dengan periode segera sebelum dan sesudah kelahiran. Periode perinatal didefinisikan dalam berbagai cara. Tergantung pada definisinya, itu dimulai pada minggu ke-20 hingga ke-28 kehamilan dan berakhir 1 hingga 4 minggu setelah kelahiran.

9.3 Covid-19

Penyakit Coronavirus (Covid-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2. Kebanyakan orang yang terinfeksi virus akan mengalami penyakit pernapasan ringan hingga sedang dan sembuh tanpa memerlukan perawatan khusus. Virus dapat menyebar dari mulut atau hidung orang yang terinfeksi dalam partikel cairan kecil ketika mereka batuk, bersin, berbicara, bernyanyi, atau bernapas. Partikel-partikel ini berkisar dari tetesan pernapasan yang lebih besar hingga aerosol yang lebih kecil. Penting untuk mempraktikkan etiket pernapasan, misalnya dengan batuk dengan siku yang tertekuk, dan tetap di rumah dan isolasi diri sampai pulih jika merasa tidak sehat (WHO, 2021).

COVID-19 disebabkan oleh virus bernama SARS-CoV-2 yang merupakan bagian dari keluarga coronavirus, yang mencakup virus umum yang menyebabkan berbagai penyakit mulai dari pilek di kepala atau dada hingga penyakit yang lebih parah (tetapi lebih jarang) seperti sindrom pernapasan akut parah (SARS) dan sindrom pernapasan Timur Tengah (MERS). Seperti banyak virus pernapasan lainnya, virus corona menyebar dengan cepat melalui tetesan yang kita keluarkan dari mulut atau hidung saat kita bernapas, batuk, bersin, atau berbicara.

Kata corona artinya mahkota dan mengacu pada penampakan yang didapat virus corona dari protein lonjakan yang mencuat. Protein lonjakan ini penting untuk biologi virus. Protein lonjakan adalah bagian dari virus yang menempel pada sel manusia untuk menginfeksi, memungkinkannya untuk bereplikasi di dalam sel dan menyebar ke sel lain. Beberapa antibodi dapat

melindungi tubuh dari SARS-CoV-2 dengan menargetkan lonjakan protein. Karena pentingnya bagian spesifik dari virus ini, para ilmuwan yang mengurutkan virus untuk penelitian terus-menerus memantau mutasi yang menyebabkan perubahan pada protein lonjakan melalui proses yang disebut pengawasan genomik.

Ketika perubahan genetik pada virus terjadi dari waktu ke waktu, virus SARS-CoV-2 mulai membentuk garis keturunan genetik. Sama seperti sebuah keluarga yang memiliki silsilah keluarga, virus SARS-CoV-2 dapat dipetakan dengan cara yang sama. Kadang-kadang cabang pohon itu memiliki atribut berbeda yang mengubah seberapa cepat virus menyebar, atau tingkat keparahan penyakit yang ditimbulkannya, atau efektivitas pengobatan terhadapnya. Para ilmuwan menyebut virus dengan perubahan ini sebagai "varian". Mereka masih SARS-CoV-2, tetapi mungkin bertindak berbeda (CDC, 2021).

9.4 Vaksin covid-19

Vaksin Covid-19 dibagi menjadi 3 kategori yaitu :

a. Vaksin DNA

Vaksin DNA dapat memasuki sel seperti infeksi virus dan menggunakan sistem translasi protein inang untuk menghasilkan antigen target. Sebagai imunogen endogen, dapat menginduksi respon imun humoral dan seluler pada saat yang bersamaan. Mengingat keunggulan vaksin asam nukleat, vaksin DNA tidak memerlukan virus hidup, sehingga keamanannya ditingkatkan. Vaksin DNA memasukkan gen yang mengkode antigen asing ke dalam plasmid yang mengandung elemen ekspresi eukariotik dan kemudian secara langsung memasukkan plasmid ke manusia atau hewan, memungkinkan mereka untuk mengekspresikan protein antigen dalam sel inang dan menginduksi respons imun untuk mencegah penyakit (Suschak *et al.*, 2017).

Proses pembuatan DNA plasmid relatif berkembang, dan molekul DNA untai ganda lebih stabil daripada virus dan dapat dibekukan dan kering untuk penyimpanan jangka panjang. Metode vaksinasi vaksin DNA membatasi penerapannya. Karena vaksin terutama didistribusikan di ruang antar sel

setelah vaksinasi, hanya sejumlah kecil yang dapat masuk ke dalam sel untuk menghasilkan protein imunogen, sehingga efek kekebalan sangat berkurang. Faktor penghambat utama vaksin DNA plasmid adalah kemanjuran transfeksi yang rendah, yang membutuhkan modalitas transfeksi. Misalnya, kandidat vaksin COVID-19 Inovio, INO-4800, menggunakan perangkat elektroporasi genggam, CELLECTRA (INOVIO Powering DNA Medicines, 2020). Vaksin akan disuntikkan secara intradermal bersama dengan elektroda. Sebuah pulsa listrik kemudian diterapkan untuk membuka membran sel sehingga plasmid dapat masuk ke dalam sel. Menggunakan perangkat yang dibuat mungkin memungkinkan peluncuran cepat dalam uji klinis, tetapi juga membawa hambatan lain untuk vaksinasi skala besar. Meskipun vaksin asam nukleat dapat secara efektif menginduksi respon imun sistemik, imunogenisitasnya lemah, dan respon imun mukosa tidak mudah untuk diproduksi. Meskipun beberapa vaksin DNA hewan telah beredar di pasaran, sejauh ini tidak ada vaksin DNA manusia yang disetujui untuk dipasarkan. Kombinasi dengan vaksin lain akan mencapai efek kekebalan yang lebih baik.

b. Vaksin mRNA

Dibandingkan dengan vaksin DNA yang perlu masuk ke nukleus, vaksin mRNA hanya perlu masuk ke sitoplasma untuk mencapai ekspresi antigen target, sehingga secara teoritis lebih aman. Dalam beberapa tahun terakhir, vaksin mRNA telah berkembang pesat. Meskipun vaksin mRNA untuk virus rabies dan virus influenza telah menyelesaikan evaluasi klinis fase I (Alberer *et al.*, 2017; Feldman *et al.*, 2019), efek kekebalannya tidak memuaskan, seperti proporsi yang relatif tinggi dari sakit kepala, kelelahan, dan efek samping seperti nyeri otot. Perlindungan kekebalan yang dihasilkan oleh vaksin menurun dengan cepat dalam waktu satu tahun, dan tidak ada respons kekebalan seluler yang terdeteksi. Oleh karena itu, perlu untuk meningkatkan lebih lanjut keefektifan kekebalan dan perlindungan jangka panjang dari vaksin mRNA. Sejauh ini, belum ada vaksin mRNA di pasaran. Namun, penelitian vaksin mRNA sedang dalam proses eksplorasi dan kemajuan. Banyak institusi di dalam dan luar negeri dengan cepat menginisiasi

penelitian ulang dan pengembangan vaksin mRNA COVID-19. Vaksin mRNA yang dikembangkan oleh *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (NIAID) dan Moderna telah memimpin untuk memulai uji klinis fase I. Vaksin Moderna, mRNA-1273, secara khusus mengkodekan bentuk prefusi antigen S, termasuk jangkar transmembran dan seluruh situs pembelahan S1-S2.

c. Vaksin vektor virus non-replikasi

Salah satu opsi vektor virus yang paling dieksplorasi adalah Adenovirus (Ad), yang saat ini digunakan oleh CanSino dan Oxford/ AstraZeneca. Adenovirus adalah virus flu biasa dengan genom DNA untai ganda. CanSino menggunakan Ad tipe 5 (Ad5) dan diberi nama vaksin Ad5-nCoV.22 Ad5-nCoV yang dapat dikodekan untuk protein S panjang penuh dari SARS-CoV-2. Gen ini berasal dari urutan Wuhan-Hu-1 dari SARS-CoV-2 dan diklon ke dalam vektor Ad5 yang dihapus E1 dan E3 bersama dengan peptida sinyal aktivator plasminogen jaringan (Astuti & Ysrafil, 2020). Efektivitas vaksin ini relatif tinggi, tetapi kerugiannya adalah mungkin tidak efektif untuk orang dengan virus menular resesif.

d. Vaksin inaktif

Vaksin inaktif adalah bentuk vaksin yang paling klasik. Mereka mudah disiapkan dan secara efisien dapat menyebabkan respons imun humoral. Mereka sering menjadi pilihan pertama untuk penyakit menular baru. Vaksin inaktif terutama diperoleh melalui tiga metode inaktivasi, seperti formaldehida, propiolakton, dan ultraviolet. Vaksin SARS dan MERS yang tidak aktif dapat menyebabkan tikus, hamster, musang, dan monyet menghasilkan antibodi penawar titer tinggi. Vaksin yang diinaktivasi SARS telah menyelesaikan uji klinis fase I, membuktikan bahwa vaksin tersebut aman pada manusia dan dapat menginduksi produksi antibodi penetralisir (Deng *et al.*, 2018). Namun, respons imun sel T yang disebabkan oleh vaksin yang tidak aktif umumnya lemah. Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa vaksin yang diinaktivasi SARS dan MERS tidak dapat secara efektif merangsang tubuh untuk menghasilkan respons imun seluler. Meskipun titer antibodi penetralisir serum yang tinggi

diproduksi, efek perlindungannya juga tidak memuaskan. Beberapa penelitian telah menemukan bahwa vaksin MERS yang tidak aktif dapat menyebabkan reaksi alergi patologi di paru-paru tikus (Agrawal *et al.*, 2016). Saat ini, vaksin SARS-CoV-2 yang tidak aktif (sel Vero) sedang digunakan. Selain itu, produksi vaksin memerlukan pengoperasian virus hidup dengan konsentrasi tinggi, yang menimbulkan risiko keamanan biologis tertentu.

e. Vaksin yang dilemahkan

Vaksin hidup yang dilemahkan mengurangi virulensi virus melalui mutasi titik atau penghapusan protein virus yang penting tetapi tidak mempengaruhi kekebalan dan kemampuan replikasinya. Program vaksin ini memiliki imunogenisitas yang sangat baik dan dapat menginduksi imunitas sistemik dan respon imun mukosa, serta imunitas yang bertahan lama. Beberapa vaksin hidup yang dilemahkan telah beredar di pasaran, termasuk demam kuning, cacar, campak, polio, gondok, rubella, dan cacar air. Vaksin hidup yang dilemahkan SARS akan memulihkan virulensinya setelah melewati sel atau tikus secara terus menerus, menunjukkan bahwa skema vaksin memiliki risiko keamanan biologis yang lebih besar (Jimenez-Guardeño *et al.*, 2015). Tanpa bukti yang cukup untuk memastikan bahwa vaksin hidup yang dilemahkan tidak akan mendapatkan kembali kekuatannya, strategi ini tidak saat ini direkomendasikan untuk pengembangan vaksin COVID-19.

f. Vaksin sub-unit

Vaksin sub-unit terdiri dari protein rekombinan murni dan dianggap sebagai vaksin paling aman. Saat ini ada beberapa vaksin sub-unit di pasaran, termasuk vaksin hepatitis B, hepatitis E, dan human papillomavirus. Vaksin sub-unit SARS dan MERS dapat menghasilkan antibodi penetral titer tinggi pada tikus, dan vaksinasi pada nose/hidung atau oral juga dapat menginduksi respons imun mukosa, sehingga lebih efektif memblokir transmisi virus melalui saluran pernapasan. Data juga membuktikan efikasi protektif dari vaksinasi mukosa lebih baik daripada inokulasi intramuskular (Feldman *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2019). Namun, sebagai antigen non-endogen,

vaksin sub-unit tidak dapat disajikan melalui MHC-I dan tidak dapat secara efektif menghasilkan sel T sitotoksik tersensitisasi (CTL). Mempertimbangkan peran kunci imunitas seluler dalam membersihkan infeksi virus corona, vaksin sub-unit COVID-19 paling baik digunakan bersama dengan vaksin platform lainnya. Direkomendasikan untuk memasukkan rute vaksinasi mukosa hidung dan mulut untuk mengaktifkan respon imun mukosa.

g. Vaksin berbasis kekebalan terlatih

Vaksin berbasis kekebalan terlatih dapat mengaktifkan sistem kekebalan adaptif dan memberikan perlindungan spesifik patogen (Sánchez-Ramón et al., 2018). Saat ini, Bacille Calmette-Guerin (BCG), vaksin melawan tuberkulosis, dapat menginduksi kekebalan terlatih melawan COVID-19 dan saat ini sedang menjalani evaluasi klinis, yang akan membutuhkan waktu untuk membuktikannya. Bahkan jika vaksin BCG efektif melawan COVID-19, vaksin ini juga menghadapi tantangan unik. Artinya, standar produksi vaksin BCG akan bervariasi dari satu negara ke negara lain, dan tidak jelas apakah standar kualitas tertentu diperlukan untuk memberikan perlindungan terhadap COVID - 19.

9.5 Vaksin Covid-19 pada periode perinatal

a. Vaksin Covid-19 dan Kehamilan

Vaksinasi COVID-19 telah berhasil mencegah penularan COVID-19, adanya pasien rawat inap, infeksi berat, dan kematian yang disebabkan oleh COVID. Selain itu, menurut data keamanan vaksin menunjukkan bahwa vaksin tersebut aman dan efektif pada ibu hamil dan menyusui (Blakeway et al., 2022; Gray et al., 2021; Kilich et al., 2020; Shimabukuro et al., 2021). Secara teoritis, vaksin COVID-19 aman digunakan pada kehamilan, karena tidak mengandung virus hidup yang dilemahkan. Untuk vaksinasi COVID-19 pada kehamilan, belum ada sinyal keamanan utama dari studi toksikologi reproduksi hewan.

Temuan (Blakeway *et al.*, 2022) berkontribusi pada peningkatan bukti yang mendukung keamanan vaksinasi COVID-19 pada kehamilan. Dalam kelompok penelitian kami, kurang dari sepertiga wanita yang memenuhi syarat menerima vaksinasi COVID-19 selama kehamilan. Angka ini jauh lebih rendah daripada wanita yang tidak hamil, meskipun diketahui ada peningkatan risiko COVID-19 parah pada wanita hamil. Fasilitator dan hambatan pengambilan vaksin dalam kehamilan harus digunakan untuk merancang kampanye pendidikan yang ditargetkan untuk mengurangi keraguan vaksin COVID-19 pada kehamilan. Selain itu, data surveilans pasca-vaksinasi diperlukan pada hasil kehamilan setelah vaksinasi trimester pertama, serta hasil jangka panjang setelah vaksinasi setiap saat dalam kehamilan, untuk mendukung ibu hamil dalam memutuskan apakah akan menerima tawaran vaksinasi COVID-19.

Studi yang membuktikan respons imun yang dipicu oleh vaksin diantara orang hamil dan transfer antibodi neonatal (Gray *et al.*, 2021), disamping data yang menggambarkan tidak ada peningkatan risiko keguguran, kelahiran prematur atau lahir mati yang terkait dengan vaksinasi (Trostle *et al.*, 2021), telah mendorong rekomendasi kuat oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists*, *Society for Maternal Fetal Medicine*, dan *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) bahwa individu hamil dan mereka yang mencoba untuk mempersiapkan kehamilan menerima vaksin COVID-19. Namun, data terbaru menunjukkan bahwa individu hamil lebih cenderung ragu-ragu dan menolak vaksin COVID-19 dibandingkan dengan populasi orang dewasa lainnya.

Pada Desember 2021, data dari CDC *Vaccine Safety Datalink* memperkirakan bahwa hanya 24% individu hamil di Amerika Serikat yang telah menerima setidaknya satu dosis vaksin COVID-19 baik selama atau sebelum kehamilan (dibandingkan dengan 84% orang dewasa A.S), dengan tingkat bervariasi secara signifikan di seluruh kelompok etnis/minoritas yaitu Asia (33%), kulit putih (24%), Hispanik (22%), kulit hitam (7%). Dengan risiko signifikan

COVID-19 parah pada individu yang hamil dan yang baru saja melahirkan, serta manfaat vaksinasi bagi bayi dari ibu, sangat penting untuk memahami kontributor psikologis terhadap pengambilan vaksin COVID perinatal (Goncu Ayhan et al., 2021). Penolakan vaksin COVID-19 seperti yang dilaporkan selama kehamilan, seperti kekhawatiran atas keamanan dan kemanjuran (Oluklu et al., 2021).

1. Rekomendasi Vaksinasi pada kehamilan

Berdasarkan (Australian Government Department of Health, 2021), jika hamil, anda termasuk dalam kelompok prioritas untuk vaksinasi COVID-19. Anda harus secara rutin menawarkan vaksin Pfizer atau Moderna pada setiap tahap kehamilan. Penelitian telah menunjukkan bahwa wanita hamil memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit parah akibat COVID-19 dan bayinya memiliki risiko lebih tinggi untuk lahir prematur. Vaksinasi adalah cara terbaik untuk mengurangi risiko ini.

Dalam kondisi hamil, disarankan untuk menyelesaikan kursus utama rutin Pfizer atau Modern. Lebih baik untuk memiliki dua dosis terpisah 8 minggu, tetapi interval antara dosis dapat dikurangi hingga 3 minggu untuk Pfizer atau 4 minggu untuk Moderna. Interval yang lebih pendek mungkin direkomendasikan untuk orang dengan gangguan kekebalan sedang hingga berat atau yang memiliki risiko tinggi penyakit parah akibat COVID-19, atau dalam kondisi wabah. Dosis booster direkomendasikan setidaknya 3 bulan setelah kursus utama selesai untuk orang berusia 16 tahun dan lebih tua. Pfizer dan Moderna adalah merek pilihan untuk dosis booster untuk semua orang, termasuk dalam kehamilan, terlepas dari merek yang digunakan pada awalnya. Dosis booster telah terbukti aman dan efektif pada orang dewasa yang tidak hamil. Meskipun ada sedikit data tentang dosis booster pada wanita hamil, tidak ada kekhawatiran teoretis tentang keamanan dosis booster pada kehamilan.

2. Keamanan dan Efektivitas Vaksin Covid-19

Wanita hamil tidak dimasukkan dalam uji klinis pertama untuk vaksin COVID-19, jadi pada saat panduan awal ada bukti terbatas yang mengonfirmasi keamanan vaksin COVID-19 selama masa kehamilan. Oleh karena itu, saran awal dari kelompok ahli imunisasi sangat hati-hati, dan vaksin COVID-19 tidak secara rutin direkomendasikan pada kehamilan.

Hasil dari program vaksin di beberapa negara menunjukkan bahwa Pfizer dan Moderna efektif dalam mencegah COVID-19, 1-3 serta hasil parah dari COVID-19 pada kehamilan. 1,4,5 Namun, tidak ada alasan untuk percaya bahwa penurunan antibodi dan peningkatan antibodi berikutnya setelah dosis ketiga akan berbeda pada wanita hamil, dibandingkan dengan populasi umum.

Dalam studi penelitian (Prasad et al., 2022) bahwa Vaksin mRNA tampak sangat efektif melawan SARS-CoV-2 pada kehamilan. Insiden hasil kehamilan yang merugikan tidak meningkat diantara yang divaksinasi dibandingkan dengan kehamilan yang tidak divaksinasi. Faktanya, kejadian lahir mati dan mungkin, kelahiran prematur, lebih rendah di antara populasi hamil yang divaksinasi. Berdasarkan data dari pendaftar nasional yang besar dan laporan paparan yang tidak disengaja pada awal kehamilan selama RCT tidak ada peningkatan risiko keguguran setelah vaksinasi COVID-19.

3. Rekomendasi Vaksin yang digunakan untuk ibu hamil

Pfizer dan Moderna adalah vaksin COVID-19 pilihan saat sedang hamil, menyusui, atau merencanakan kehamilan.

- a) Baik Pfizer maupun Moderna memiliki risiko peradangan jantung yang sangat jarang (miokarditis atau perikarditis). Di beberapa negara, miokarditis dan perikarditis dilaporkan lebih sering terjadi setelah Moderna daripada setelah Pfizer. Risikonya jauh lebih tinggi pada pria daripada wanita. Kebanyakan orang yang memiliki kondisi ini setelah

vaksin mereka pulih sepenuhnya. Manfaat vaksinasi lebih besar daripada risiko yang sangat langka ini dan vaksinasi dengan Pfizer atau Moderna masih direkomendasikan untuk wanita hamil.

- b) AstraZeneca dikaitkan dengan risiko langka kondisi pembekuan darah yang disebut trombosis dengan sindrom trombositopenia (TTS), yang tampaknya lebih sering terjadi pada orang di bawah usia 60 tahun.

Novavax belum diteliti pada wanita hamil. Jika tidak mendapatkan vaksin Pfizer atau Moderna dan berusia 18 tahun ke atas, Novavax atau AstraZeneca dapat dipertimbangkan. Tidak ada masalah keamanan yang diketahui terkait dengan Novavax atau AstraZeneca yang khusus untuk kehamilan, menyusui atau merencanakan kehamilan, namun vaksin ini belum digunakan dalam jumlah yang cukup pada wanita hamil atau menyusui untuk mendeteksi kejadian langka. Pfizer dan Moderna dapat digunakan pada orang di bawah usia 18 tahun, tidak seperti Novavax dan AstraZeneca, yang hanya terdaftar untuk digunakan oleh orang berusia 18 tahun ke atas. Vaksin Pfizer, Moderna, dan AstraZeneca bekerja dengan mengirimkan kode genetik untuk bagian penting dari virus SARS-CoV-2 yang disebut protein lonjakan. Setelah vaksinasi, tubuh Anda membaca kode genetik dan membuat salinan protein lonjakan. Novavax mengandung protein lonjakan itu sendiri.

Paparan protein lonjakan melatih sistem kekebalan Anda untuk membuat antibodi yang membantu mengenali dan melawan virus SARS-CoV-2 jika Anda terpapar.

- b. Vaksin Covid-19 dan Ibu Nifas

Cakupan vaksin COVID-19 ibu yang rendah mungkin tidak sembuh setelah lahir. Wanita postpartum juga melaporkan tingkat niat yang lebih rendah untuk menerima vaksin COVID-19 dibandingkan wanita tidak hamil (Sutton *et al.*, 2021). Vaksinasi selama masa nifas dapat melindungi ibu dan bayi baru lahir dan penting untuk menjaga agar

pandemi tetap terkendali (Oluklu *et al.*, 2021). Otoritas kesehatan wanita utama merekomendasikan menerima vaksin COVID-19 selama menyusui dan kelanjutan menyusui pada orang yang baru divaksinasi. Vaksinasi pada periode postpartum melindungi ibu dan bayi baru lahir. Keraguan terhadap vaksin dan masalah kesehatan masyarakat yang kompleks adalah masalah paling penting yang mempengaruhi keberhasilan program vaksinasi.

Menurut penelitian (Oluklu *et al.*, 2021) manfaat vaksin Covid-19 menjanjikan dan otoritas kesehatan merekomendasikan vaksin COVID-19 kepada ibu menyusui. Namun, tingkat penerimaan vaksinasi yang relatif rendah diamati dalam penelitian ini. Untuk vaksin yang baru dikembangkan, kekhawatiran akan keamanan vaksin merupakan hambatan terbesar dalam pemberian vaksin. Alasan paling umum untuk penolakan vaksin adalah keraguan tentang keamanan vaksin. Oleh karena itu, alasan yang mempengaruhi penerimaan atau penolakan vaksin penting untuk mengembangkan strategi komunikasi dan kebijakan kesehatan yang ditargetkan.

Berdasarkan rekomendasi penerima vaksin Vaksin COVID-19 Pfizer-BioNTech dan Moderna pada ibu nifas dan menyusui (Rasmussen & Jamieson, 2021):

- a. Rekomendasi Badan Pengawas Obat dan makanan US

Tidak adanya data mengenai efek samping vaksin terhadap proses menyusui dan produksi ASI.

- b. Rekomendasi *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

1. Tidak ada data tentang keamanan vaksin COVID-19 pada ibu menyusui atau tentang efek vaksin mRNA pada bayi yang disusui atau pada produksi/ekskresi ASI.
2. Vaksin mRNA tidak dianggap sebagai berisiko bagi bayi pada masa mendapatkan ASI.
3. Orang yang sedang menyusui dan merupakan bagian dari kelompok yang direkomendasikan untuk menerima vaksin COVID-19, seperti

petugas kesehatan, dapat memilih untuk divaksinasi

- c. Rekomendasi *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG)
 1. ACOG merekomendasikan vaksin COVID-19 ditawarkan kepada ibu menyusui yang serupa dengan ibu yang tidak menyusui ketika mereka memenuhi kriteria untuk menerima vaksin berdasarkan kelompok prioritas yang digariskan oleh ACIP
 2. Meskipun ibu menyusui tidak disertakan dalam sebagian besar uji klinis, ibu menyusui yang memenuhi kriteria untuk vaksinasi tidak boleh ditunda mendapatkan vaksin covid-19
 3. Kekhawatiran teoretis mengenai keamanan vaksinasi menyusui individu tidak melebihi manfaat potensial dari menerima vaksin; tidak perlu menghindari inisiasi atau menghentikan menyusui pada pasien yang menerima vaksin COVID-19
- d. Rekomendasi *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM)
 1. Vaksinasi dianjurkan untuk orang yang menyusui
 2. Konseling harus menyeimbangkan kurangnya data tentang keamanan vaksin dan risiko individu seseorang untuk infeksi dan penyakit parah
 3. Risiko teoritis mengenai keamanan memvaksinasi orang yang menyusui tidak lebih besar dari manfaat potensial dari vaksin.

Semua ibu nifas yang tidak divaksinasi, termasuk mereka yang sedang menyusui, menjalani vaksinasi COVID-19, dan mereka yang divaksinasi harus menerima dosis booster, jika memenuhi syarat. Antibodi COVID-19 ibu yang diinduksi oleh vaksinasi ibu dapat masuk ke dalam ASI dan menawarkan perlindungan pasif kepada bayi. Vaksin ini

tidak mengandung virus menular dan pada individu yang baru divaksinasi, jumlah minimal vaksin yang masuk ke dalam ASI dan kemudian dicerna oleh bayi kemungkinan besar akan dinonaktifkan oleh sistem pencernaan bayi. (Dahlia *et al.*, 2022; Golan *et al.*, 2021; Low *et al.*, 2021)

9.6 Rangkuman

Periode perinatal adalah periode yang berkaitan dengan periode segera sebelum dan sesudah kelahiran. Periode perinatal dimulai pada minggu ke-20 hingga ke-28 kehamilan dan berakhir 1 hingga 4 minggu setelah kelahiran. Penyakit Coronavirus (Covid-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2. Kebanyakan orang yang terinfeksi virus akan mengalami penyakit pernapasan ringan hingga sedang dan sembuh tanpa memerlukan perawatan khusus. Vaksinasi COVID-19 telah berhasil mencegah penularan COVID-19, adanya pasien rawat inap, infeksi berat, dan kematian yang disebabkan oleh COVID. Selain itu, menurut data keamanan vaksin menunjukkan bahwa vaksin tersebut aman dan efektif pada ibu hamil dan menyusui. Ada beberapa kategori vaksin Covid-19 yaitu vaksin DNA, vaksin mRNA, vaksin vektor virus non-replikasi, vaksin inaktif, vaksin yang dilemahkan, vaksin subunit, dan vaksin berbasis kekebalan terlatih. Rekomendasi vaksin yang aman digunakan oleh ibu hamil dan menyusui yaitu vaksin Pfizer dan Moderna.

DAFTAR PUSTAKA

- Agrawal, A. S., Tao, X., Algaissi, A., Garron, T., Narayanan, K., Peng, B. H., Couch, R. B., & Tseng, C. T. K. 2016. Immunization with inactivated Middle East Respiratory Syndrome coronavirus vaccine leads to lung immunopathology on challenge with live virus. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 12(9), 2351–2356.
<https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1177688>
- Alberer, M., Gnad-Vogt, U., Hong, H. S., Mehr, K. T., Backert, L., Finak, G., Gottardo, R., Bica, M. A., Garofano, A., Koch, S. D., Fotin-Mleczek, M., Hoerr, I., Clemens, R., & von Sonnenburg, F. 2017. Safety and immunogenicity of a mRNA rabies vaccine in healthy adults: an open-label, non-randomised, prospective, first-in-human phase 1 clinical trial. *The Lancet*, 390(10101), 1511–1520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31665-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31665-3)
- Anderson, M. R., Hardy, E. J., & Battle, C. L. 2022. COVID-19 Vaccine Hesitancy during the Perinatal Period: Understanding Psychological and Cultural Factors to Improve Care and Address Racial/Ethnic Health Inequities. *Women's Health Issues*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2022.04.001>
- Astuti, I., & Ysrafil. 2020. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccines: Setting expectations appropriately. *Elsevier*, 14, 407–412.
<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002741>
- Australian Government Department of Health. 2021. *COVID-19 vaccination decision guide for women who are pregnant, breastfeeding or planning pregnancy* (Issue April, pp. 1–7).
- Blakeway, H., Prasad, S., Kalafat, E., Heath, P. T., Ladhani, S. N., Le Doare, K., Magee, L. A., O'Brien, P., Rezvani, A., von Dadelszen, P., & Khalil, A. 2022. COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), 236.e1-236.e14.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.007>
- CDC. 2021. *Basics of COVID-19*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Dahliana, Rika Hairunisyah, Yunike, & Kusumawaty, I. 2022.

- Escalate Milk Production: the Amazing Advantages of Marmet and Acupuncture Techniques. *International Journal of Social Science*, 1(5), 839–844. <https://doi.org/10.53625/ijss.v1i5.1258>
- Deng, Y., Lan, J., Bao, L., Huang, B., Ye, F., Chen, Y., Yao, Y., Wang, W., Qin, C., & Tan, W. 2018. Enhanced protection in mice induced by immunization with inactivated whole viruses compared to spike protein of middle east respiratory syndrome coronavirus. *Emerging Microbes and Infections*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41426-018-0056-7>
- Feldman, R. A., Fuhr, R., Smolenov, I., (Mick)Ribeiro, A., Panther, L., Watson, M., Senn, J. J., Smith, M., Almarsson, Örn, Pujar, H. S., Laska, M. E., Thompson, J., Zaks, T., & Ciaramella, G. 2019. mRNA vaccines against H10N8 and H7N9 influenza viruses of pandemic potential are immunogenic and well tolerated in healthy adults in phase 1 randomized clinical trials. *Vaccine*, 37(25), 3326–3334. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.04.074>
- Golan, Y., Prahl, M., Cassidy, A. G., Gay, C., Wu, A. H. B., Jigmeddagva, U., Lin, C. Y., Gonzalez, V. J., Basilio, E., Chidboy, M. A., Warriar, L., Buarpong, S., Li, L., Murtha, A. P., Asiodu, I. V., Ahituv, N., Flaherman, V. J., & Gaw, S. L. 2021. COVID-19 mRNA Vaccination in Lactation: Assessment of Adverse Events and Vaccine Related Antibodies in Mother-Infant Dyads. *Frontiers in Immunology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.777103>
- Goncu Ayhan, S., Oluklu, D., Atalay, A., Menekse Beser, D., Tanacan, A., Moraloglu Tekin, O., & Sahin, D. 2021. COVID-19 vaccine acceptance in pregnant women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 154(2), 291–296. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13713>
- Gray, K. J., Bordt, E. A., Atyeo, C., Deriso, E., Akinwunmi, B., Young, N., Baez, A. M., Shook, L. L., Cvrk, D., James, K., De Guzman, R., Brigida, S., Diouf, K., Goldfarb, I., Bebell, L. M., Yonker, L. M., Fasano, A., Rabi, S. A., Elovitz, M. A., ... Edlow, A. G. 2021. Coronavirus disease 2019 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(3), 303.e1–303.e17.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.03.023>

- INOVIO Powering DNA Medicines. 2020. *INOVIO Expands Manufacturing of COVID-19 DNA Vaccine INO-4800 With New Funding from CEPI. May 2019*, 1–5.
- Jimenez-Guardeño, J. M., Regla-Nava, J. A., Nieto-Torres, J. L., DeDiego, M. L., Castaño-Rodriguez, C., Fernandez-Delgado, R., Perlman, S., & Enjuanes, L. 2015. Identification of the Mechanisms Causing Reversion to Virulence in an Attenuated SARS-CoV for the Design of a Genetically Stable Vaccine. *PLoS Pathogens*, 11(10), 1–36. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1005215>
- Kilich, E., Dada, S., Francis, M. R., Tazare, J., Chico, R. M., Paterson, P., & Larson, H. J. 2020. Factors that influence vaccination decisionmaking among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 15(7 July 2020), 1–28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234827>
- Kusumawaty, Ira; Yunike; Sheilalia, Salsabila; Oktarina, R. 2020. Wong Kito Nak Bebas Covid-19. In *Cakra Brahmanda Lentera* (Vol. 1, Issue 69).
- Li, E., Chi, H., Huang, P., Yan, F., Zhang, Y., Liu, C., Wang, Z., Li, G., Zhang, S., Mo, R., Jin, H., Wang, H., Feng, N., Wang, J., Bi, Y., Wang, T., Sun, W., Gao, Y., Zhao, Y., ... Xia, X. 2019. A novel bacterium-like particle vaccine displaying the MERS-CoV receptor-binding domain induces specific mucosal and systemic immune responses in mice. *Viruses*, 11(9). <https://doi.org/10.3390/v11090799>
- Low, J. M., Gu, Y., Ng, M. S. F., Amin, Z., Lee, L. Y., Ng, Y. P. M., Shunmuganathan, B. D., Niu, Y., Gupta, R., Tambyah, P. A., MacAry, P. A., Wang, L. W., & Zhong, Y. 2021. Codominant IgG and IgA expression with minimal vaccine mRNA in milk of BNT162b2 vaccinees. *Npj Vaccines*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41541-021-00370-z>
- Oluklu, D., Goncu Ayhan, S., Menekse Beser, D., Uyan Hendem, D., Ozden Tokalioglu, E., Turgut, E., & Sahin, D. 2021. Factors affecting the acceptability of COVID-19 vaccine in the postpartum period. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 17(11), 4043–4047. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1972710>

- Prasad, S., Kalafat, E., Blakeway, H., Townsend, R., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., Thangaratinam, S., Le Doare, K., Ladhani, S., von Dadelszen, P., Magee, L. A., Heath, P., & Khalil, A. 2022. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and perinatal outcomes of COVID-19 vaccination in pregnancy. *Nature Communications*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-30052-w>
- Rasmussen, S. A., & Jamieson, D. J. 2021. Pregnancy, Postpartum Crae and Covid-19 Vaccination in 2021. *Jama Insight*, 325(11), 1099–1100. <https://doi.org/10.7554/ELIFE.58716>
- Salmon, D. A., Dudley, M. Z., Glanz, J. M., & Omer, S. B. 2015. Vaccine Hesitancy: Causes, Consequences, and a Call to Action. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(6), S391–S398. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.009>
- Sánchez-Ramón, S., Conejero, L., Netea, M. G., Sancho, D., Palomares, Ó., & Subiza, J. L. 2018. Trained Immunity-Based Vaccines: A New Paradigm for the Development of Broad-Spectrum Anti-infectious Formulations. *Frontiers in Immunology*, 9(December), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02936>
- Schytt, E., & Hildingsson, I. 2011. Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2(2), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.12.003>
- Shimabukuro, T. T., Kim, S. Y., Myers, T. R., Moro, P. L., Oduyebo, T., Panagiotakopoulos, L., Marquez, P. L., Olson, C. K., Liu, R., Chang, K. T., Ellington, S. R., Burkel, V. K., Smoots, A. N., Green, C. J., Licata, C., Zhang, B. C., Alimchandani, M., Mba-Jonas, A., Martin, S. W., ... Meaney-Delman, D. M. (2021). Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. *New England Journal of Medicine*, 384(24), 2273–2282. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2104983>
- Suschak, J. J., Williams, J. A., & Schmaljohn, C. S. 2017. Advancements in DNA vaccine vectors, non-mechanical delivery methods, and molecular adjuvants to increase immunogenicity. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 13(12), 2837–2848. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1330236>

- Sutton, D., D'Alton, M., Zhang, Y., Kahe, K., Cepin, A., Goffman, D., Staniczenko, A., Yates, H., Burgansky, A., Coletta, J., Williams, Z., & Gyamfi-Bannerman, C. 2021. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant, breastfeeding, and nonpregnant reproductive-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 3(5), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100403>
- Trostle, M. E., Limaye, M. A., Avtushka, V., Lighter, J. L., Penfield, C. A., & Roman, A. S. 2021. COVID-19 vaccination in pregnancy: early experience from a single institution. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(6), 100464. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100464>
- UNICEF. 2019. *Cause of neonatal death*.
- WHO. 2021. *Coronavirus Disease (COVID-19)*.
- Widjaja, G., Zahari, M., Hastuti, P., Nugraha, A. R., & Kusumawaty, I. 2021. Understanding COVID-19 vaccination program among Indonesian public: A challenge and hope for government. *International Journal of Health Sciences*, 5(3), 212–223. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v5n3.1429>

BIODATA PENULIS



Kuswanto. SKp. MHKes,
Dosen di Polkesmar

Penulis lahir di Karanganyar pada tanggal 28 Desember 1973. Menyelesaikan kuliah di Akper Solo dan mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan pada tahun 1996, Sarjana Keperawatan pada tahun 2002 dan Magister Hukum Kesehatan pada tahun 2012. Pada tahun 2013 diangkat menjadi Dosen di Polkesmar sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Ns. Daniel Suranta Ginting, M.Kep

Staf Dosen Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada
Deli Tua

Penulis lahir di Kota Medan tanggal 29 Agustus 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua. Penulis adalah putra dari Sakeus Ginting Munthe dan Mester Br. Tarigan Penulis Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua Lulus Tahun 2018 dan melanjutkan pendidikan ke jenjang magister keparawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara Lulus Tahun 2021. Buku Ini adalah buku pertama yang ditulis oleh penulis masih banyak kekurangan tapi penulis tidak akan pernah berhenti belajar terus untuk selalu memperbaiki diri kedepannya.

BIODATA PENULIS



Ners. Kristiani Desimina Tauho, MSN
Staf Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan

Penulis lahir di Soe, Nusa Tenggara Timur, tanggal 25 Desember 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Kristen Satya Wacana, Salatiga. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga, pendidikan profesi Ners di STIKes Kusuma Husada, Surakarta dan melanjutkan S2 di Silliman University, Filipina pada jurusan *Family Nursing* yang berfokus pada keperawatan ibu dan anak dalam konteks keluarga. Saat ini, penulis melakukan tridharma perguruan tinggi pada kekhususan keperawatan maternitas, anak dan keluarga.

BIODATA PENULIS



Epi Saptaningrum, S.Kep.Ners., M.Kes.

Dosen Jurusan Keperawatan Blora Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Blora tanggal 23 November 1974. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Blora Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan pada Universitas Muhammadiyah Semarang dan S1 plus Profesi Ners pada Universitas Padjajaran Bandung pada Fakultas Ilmu Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak. Penulis menekuni bidang keperawatan Maternitas.

Penulis aktif dalam mengajar, melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis awalnya berkarir sebagai perawat di Puskesmas Ngawen sejak tahun 1996. Mulai tahun 1998 penulis berkarir sebagai staff pengajar di Akper Depkes Blora. Sejak tahun 2001 sampai sekarang penulis bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis sejak tahun 2007-2010 berperan sebagai Koordinator Unit Penelitian dan Pengabdian kepada masyarakat dan aktif bekerja sama sebagai peneliti di Bappeda Kabupaten Blora. Sejak 2018 sampai sekarang berperan sebagai pelaksana kemahasiswaan di Prodi Keperawatan Blora.

BIODATA PENULIS



M. Nur Dewi Kartikasari

Staf Dosen D III Kebidanan SV UNS

M. Nur Dewi Kartikasari lahir di Surakarta, pada 18 Desember 1983. Penulis tercatat sebagai Staf Pengajar UNS Surakarta sejak tahun 2008. Wanita yang sering disapa Dewi ini merupakan seorang Ibu dari 4 orang anak. Dewi merupakan Pengajar mata kuliah Asuhan Kehamilan dan beberapa mata kuliah asuhan kebidanan lainnya serta menjadi pembimbing kegiatan fieldlab: praktik klinik kebidanan. Tugas tambahan saat ini sebagai koordinator SPMI Unit Penjaminan Mutu Sekolah Vokasi UNS.

BIODATA PENULIS



Mustikawati

Staf Dosen Keperawatan STIKes Pamentas Jakarta

Penulis lahir di Jakarta tanggal 17 April 1971. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Pamentas Jakarta sejak tahun 2019 sebagai Waket I bidang Akademik. Sebelumnya penulis menjadi dosen tetap di Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada dan menjadi Fasilitator di FIK Universitas Islam Negri.

Penulis memulai karir sebagai perawat di RS Muhammadiyah Taman Puring Jakarta Selatan dengan lulus D III Keperawatan Dep Kes RI Jakarta sebagai Kabid keperawatan pada tahun 1995. Melanjutkan Pendidikan S I Keperawatan pada tahun 2000, kemudian lulus S2 Kesehatan Masyarakat pada tahun 2012.

BIODATA PENULIS



Putri Mahardika

Staf Dosen Keperawatan, STIKES Fatmawati Jakarta

Penulis merupakan dosen Program Studi Diploma Tiga STIKes Fatmawati Jakarta. Lahir di Jakarta, 19 Juni 1987. Merupakan anak pertama dari pasangan H.M. Rusdi Harun dan Hj. Dra. Eliwarti, MM. Lulus pendidikan Akademi Keperawatan Fatmawati Angkatan VIII pada tahun 2008. Pada tahun 2009 sambil bekerja di RS Buah Hati penulis melanjutkan jenjang pendidikan S1 Ners di Universitas Indonesia. Lalu pada tahun 2016 penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Maternitas, yang dilanjutkan dengan pendidikan Spesialis Keperawatan Maternitas. Di samping menjadi dosen penulis juga merupakan konselor laktasi dari Sentra Laktasi Indonesia.

BIODATA PENULIS



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes,
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes, Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kali di Poltekkes Kemenkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat di publish di Jurnal Nasional dan International bertema tentang Keperawatan Anak. “Setiap hari selalu ada yang ingin saya buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya saya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangat untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup “Hidup Sekali, Hidup Berarti”.

BIODATA PENULIS



Dr. Ira Kusumawaty, S.Kp., M.Kes., MPH

Penulis kelahiran Surabaya ini menekuni bidang keperawatan jiwa, psikologi dan komunikasi. Pendidikan yang telah diikuti mulai dari sarjana keperawatan dan magister kesehatan di Universitas Indonesia, Master of Public Health di Koninklijk Instituut voor de Tropen di Amsterdam dan Pendidikan doktoral Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan di Universitas Gadjah Mada. Berbagai kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, mempublikasikan karya ilmiah dan kegiatan organisasi profesi telah memberikan banyak pengalaman yang semakin memperkuat dan menguatkan akar keilmuan yang digelutinya. Mengikuti pertemuan ilmiah tingkat nasional maupun internasional telah memperluas wawasan dan perspektif terhadap dunia kesehatan khususnya keperawatan kesehatan jiwa maupun psikologi. Perspektif luar biasa dalam memandang manusia sebagai makhluk ciptaan Allah yang harus dihormati, dihargai dan dijunjung tinggi harkat dan martabatnya, mengarahkan pola pikir dan interaksi terhadap sosok manusia. Ketertarikan penulis untuk memahami keunikan mind, body and soul menjadi dimensi yang sangat penting sebagai fondasi pengembangan interaksi yang terapeutik. Torehan pemikiran maupun cuplikan kata sederhana dalam buku ini, memberikan bukti kecintaannya untuk selalu mengembangkan diri dalam dunia kesehatan dan keperawatan.
Email: irakusumawaty@poltekkespalembang.ac.id